

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

203

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René LARRIEU

Né à Bonneval (Eure-et-Loir), le 23 Septembre 1882.

DE LA CURE RADICALE

DE LA HERNIE CRURALE

PAR VOIE INGUINALE

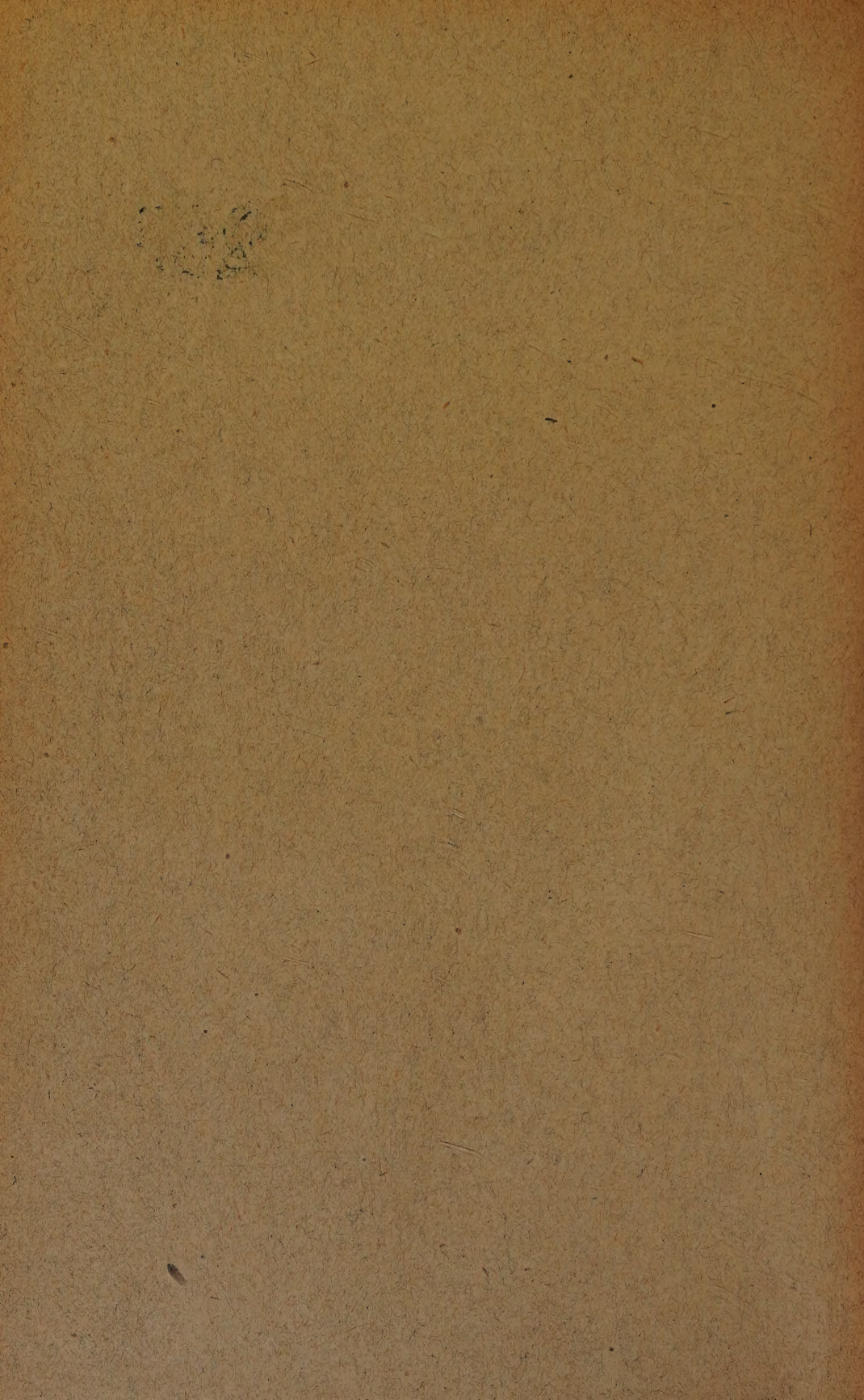
Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o 203

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

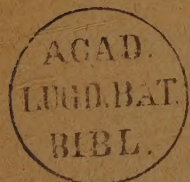
René LARRIEU

Né à Bonneval (Eure-et-Loir), le 23 Septembre 1882.

DE LA CURE RADICALE

DE LA HERNIE CRURALE

PAR VOIE INGUINALE



Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN PROFESSEURS

Anatomie.	M. LANDOUZY
Physiologie.	MM.
Physique médicale.	NICOLAS
Chimie organique et Chimie générale.	Ch. RICHET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	WEISS
Pathologie et Thérapeutique générales.	DESGREZ
Pathologie médicale.	BLANCHARD
Pathologie chirurgicale.	ACHARD
Anatomie pathologique.	WIDAL
Histologie.	TEISSIER
Opérations et appareils.	LEJARS
Pharmacologie et matière médicale.	PIERRE MARIE
Thérapeutique.	PRENANT
Hygiène.	HARTMANN
Médecine légale.	POUCHET
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MARFAN
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	THOINOT
Maladies des enfants.	LETULLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	ROGER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux.	GILBERT
Clinique chirurgicale.	DEBOVE
Maladies des enfants.	LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies du système nerveux.	GAUCHER
Clinique chirurgicale.	DEJERINE
Clinique ophtalmologique.	DELBET
Clinique des maladies des voies urinaires.	QUENU
Clinique d'accouchements.	RECLUS
Clinique gynécologique.	N...
Clinique chirurgicale infantile.	DE LAPERSONNE
Clinique thérapeutique.	LEGUEU
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BALTHAZARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BERNARD	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRINDEAU	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BROCA (A.)	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CAMUS	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CARNOT	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	
CLAUDE	LENORMANT	PROUST	
COUVELAIRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR LARRIEU

MON PREMIER MAÎTRE

en témoignage de filiale reconnaissance pour l'éducation médicale qu'il m'a donnée, pour ses conseils et son exemple.

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*pour l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. BOURCY, RECLUS, LANDOUZY, RICARD, PINARD,
ROGER, HUMBERT, DE LAPERSONNE, COMBY.

A MON MAITRE LE DOCTEUR DESMAREST

Chirurgien des Hôpitaux.

*en gage de respectueuse
reconnaissance pour les mar-
ques d'intérêt et d'amitié qu'il
n'a cessé de me prodiguer.*

A M. le Docteur STODEL, à M. le Docteur POUPARDIN

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est M. Tuffier, qui, en 1896, fit connaître en France, le procédé de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale déjà employé et décrit par Annandale en 1876 et par Ruggi en 1893.

En réalité, ce fut, par surprise, qu'Annandale traita la hernie crurale par voie haute. Il n'en fit pour ainsi dire pas la cure radicale puisqu'il se contenta d'obturer le canal crural à l'aide du sac herniaire. Aussi bien, la hernie crurale récidiva. Mais, l'année suivante, il opéra de même une volumineuse hernie crurale et réussit à la guérir.

C'est, en réalité, à Ruggi qu'est due la description d'un procédé de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Ruggi, tout d'abord, utilisa la voie crurale combinée à la voie inguinale. Plus tard, au lieu de passer par le canal crural pour traiter le contenu du sac, Ruggi attaqua directement le sac et son contenu par la voie haute.

La même année, Parlavecchio préconisa la même voie mais en s'efforçant de respecter l'orifice externe du canal inguinal et surtout en abaissant, jusqu'à la crête

pectinéale, le tendon conjoint. Cette modification est d'une importance primordiale et elle constitue l'un des temps indispensables de la technique. Cependant, Tuffier négligea ce temps opératoire et, dans les huit cas qu'il publia en 1896, il opéra ses hernies suivant le procédé de Ruggi. D'ailleurs, Tuffier ne considérait ce procédé que comme un procédé d'exception puisqu'il ne reconnaissait, comme indication à la voie inguinale, que la coexistence d'une hernie crurale et d'une hernie inguinale.

En 1898, Lotheisen, puis Förderl préconisent la voie inguinale et insistent sur la nécessité d'abaisser les muscles petit oblique et transverse pour renforcer la paroi postérieure du canal inguinal.

En 1901, la thèse de Guinement est inspirée par Paul Delbet.

En 1904, une modification au procédé de Ruggi-Parlavecchio est proposée par Chaput qui inspire à son élève Rollin sa thèse (Paris 1909). Puis, Vallas et Perrin, de Lyon, adoptent la voie inguinale mais déclarent inutile la fermeture systématique de l'anneau crural dans la hernie crurale.

C'est, en 1908, une communication de Bérard au Congrès International de Bruxelles, le travail de Bardescu de Bucarest et le travail de Francke.

En 1912, paraissent simultanément un article de Desmarest dans le *Paris-Médical* et un article de Dujarier dans le *Journal de chirurgie*. Ces deux articles sont un plaidoyer chaleureux en faveur de la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale.

C'est un court résumé de ces travaux que nous avons pensé utile de tracer. Nous n'aurions pu faire qu'une œuvre impersonnelle si notre maître et ami M. Desmarest, n'avait pas consenti à guider nos pas. C'est à lui que revient l'idée de ce travail, c'est lui qui nous a fourni les matériaux de cette thèse et c'est, en quelque sorte le fruit de son expérience sur cette question que nous apportons. Il nous a initié à la technique de la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale mais, tout en nous enseignant les avantages de cette méthode, il nous en a montré les difficultés.

On ne saurait en effet, prétendre que la cure radicale par voie inguinale est aussi simple que par voie crurale. Les deux méthodes sont toutes deux inoffensives mais la première peut mettre l'opérateur en présence de certaines difficultés qu'il faut connaître; elle peut, chez certains sujets, comporter quelques risques qu'il faut savoir éviter. C'est cette partie critique qui nous permettra de poser, en quelque sorte, les indications de la voie inguinale.

Notre thèse comprendra donc, tout d'abord, un court résumé des méthodes proposées pour traiter la hernie crurale par voie inguinale. Nous exposerons ensuite une technique qui n'est autre que celle proposée par de nombreux chirurgiens, à quelques modifications près. Enfin, nous terminerons par l'étude des avantages et des difficultés qu'offre ce procédé, puis nous nous efforcerons de montrer dans quels cas il est le plus apte à donner un résultat parfait.

CHAPITRE II

Cure radicale par voie inguinale.

En 1893, Ruggi, opérant chez un même malade une hernie inguinale et une hernie crurale, fut conduit à utiliser la voie inguinale pour fermer le canal crural.

Opérant, chez une autre malade, une hernie crurale seule, Ruggi se décida à l'aborder délibérément par la voie haute et à suturer l'anneau crural par en haut. Il le fit avec un plein succès.

M. Tuffier, en 1896, décrivait le procédé de Ruggi dans un article de la *Revue de Chirurgie* auquel nous empruntons ce qui suit :

1^{er} TEMPS. — Incision parallèle au canal inguinal, partant de son orifice cutané pour se prolonger à quatre travers de doigt en haut et en dehors; ouverture de ce canal moins les orifices aponévrotiques si la hernie crurale est petite. Le cordon spermatique (ou le ligament rond) est relevé en haut pour permettre l'incision facile de la paroi postérieure du trajet.

2^e TEMPS. — On tombe alors sur l'orifice supérieur du canal crural perdu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; il suffit de dissocier, avec l'index, ce tissu pour

sentir, contourner et isoler la partie supérieure du collet du sac crural.

3^e TEMPS. — On fait sortir la hernie crurale par la plaie inguinale; pour ce faire, lorsque la hernie est petite, il suffit d'enfoncer le doigt entre l'anneau naturel et le sac pour détacher ce sac péritonéal, le libérer complètement, l'attirer en haut et le faire sortir de l'anneau crural de façon à ce qu'il se présente dans la plaie inguinale.

4^e TEMPS. — Le péritoine, bien isolé, est ouvert et on résèque l'épiploon aussi haut que possible; on en fait autant du sac que l'on résèque bien au-dessus de l'anneau.

Dans tous les cas de hernies à contenu partiellement irréductible ou volumineux, on ouvre toujours le péritoine au-dessus de la hernie avant de décortiquer le sac.

5^e TEMPS. — On pratique alors plus ou moins facilement la suture de l'anneau crural par affrontement de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné au niveau de la partie supérieure de l'anneau crural.

6^e TEMPS. — Il n'y a plus qu'à suturer, sans drainage, les différents plans de l'incision inguinale.

Les heureux résultats de M. Tuffier ne semblent pas avoir eu en France beaucoup d'écho. Ce n'est qu'en 1904 que M. Chaput décrit un nouveau procédé inspiré des opérations pratiquées par Ruggi, Parlavecchio et Tuffier. Comme le fit Ruggi au début, M. Chaput attaque la hernie crurale par voie crurale et ne revient à la voie inguinale qu'une fois le sac excisé. Le premier temps de l'opération

consiste dans la libération et l'excision du sac par la voie crurale. Traçant une incision parallèle à l'arcade, apte à lui donner accès sur les régions inguinale et crurale, M. Chaput pénètre dans la région crurale, libère le sac herniaire, l'ouvre, traite son contenu et résèque le sac. Après quoi, il abandonne la région crurale pour inciser l'aponévrose du grand oblique, pénétrer dans le trajet inguinal et effectuer le temps de réparation. M. Chaput ne cherche pas à fermer l'anneau crural; il veut l'exclure et il réalise cette exclusion en abaissant les muscles petit oblique et transverse jusqu'à la crête pectinée à laquelle il les unit par quelques points de suture. Cette nappe musculaire forme une sorte de *rideau* qui exclut l'orifice profond du canal crural; c'est une cloison abaissée entre le péritoine suturé en arrière d'elle et la région du canal crural située en avant. Procédé ingénieux que M. Chaput a compliqué quelque peu par un temps spécial destiné à suturer les gaines vasculaires au tendon conjoint et à l'arcade. Ce temps est, en effet, commandé par la technique proposée par M. Chaput. Le tendon conjoint est difficilement abaissé tout contre la veine fémorale; il reste toujours, entre le bord externe du tendon conjoint et le bord interne de la veine fémorale, une sorte d'hiatus qui fait communiquer le tissu cellulaire sous-péritonéal, masqué par le fascia transversalis, avec la région crurale.

C'est là qu'une récurrence est possible, c'est par là que le procédé pêche un peu. Aussi M. Chaput propose-t-il, pour fermer complètement ce petit hiatus, de passer, dans la gaine vasculaire péri-artérielle et péri-veineuse,

toute une série de fils qui, conduits à travers le petit oblique et le transverse d'une part, à travers la face profonde de l'arcade d'autre part, mettent en contact intime les gaines vasculaires, le tendon conjoint et l'arcade crurale.

Dès lors, toute chance de récédive disparaît.

Nous n'avons pas à faire la critique du procédé de M. Chaput mais nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de signaler combien ce passage des fils à travers la gaine péri-veineuse nous paraît délicat. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, que ces gaines soient assez résistantes pour ne pas se laisser déchirer à la moindre traction. Si l'étui artériel offre encore une certaine densité, l'étui veineux nous a paru prêter plus difficilement à la manœuvre opératoire conseillée par M. Chaput.

Nous serions presque tentés de faire rentrer dans notre description, le procédé de Codivilla, et le procédé qui en dérive, décrit par MM. Proust et Guibé dans la *Presse médicale* du 6 mars 1904. Sans doute MM. Proust et Guibé ne traversent pas la paroi antérieure du canal inguinal mais ils pénètrent cependant jusqu'au tendon conjoint. Ils ont pour but d'exciser l'infundibulum péritonéal pré-herniaire et de fermer l'anneau en abaissant le tendon conjoint sans affaiblir la région inguinale, du moins sans lui porter atteinte.

Pour atteindre ce double but, ils désinsèrent l'arcade crurale en sectionnant le ligament de Gimbernat : la mobilisation de la partie interne de l'arcade ainsi obtenue leur donne libre accès vers la région inguinale, c'est-à-dire vers l'infundibulum qu'ils veulent réséquer et le

tendon conjoint qu'ils veulent abaisser. Voici d'ailleurs comment ils décrivirent leur technique dans l'article de la Presse médicale auquel nous empruntons ce qui suit :

D'ailleurs, pour exposer leur procédé fort intéressant, nous ne saurions mieux faire que de transcrire :

1° *Incision cutanée. Isolement du sac.* — C'est l'incision habituelle des téguments parallèle à l'arcade fémorale, immédiatement au-dessus d'elle. Incision commençant ou finissant, suivant le côté, au niveau de l'épine du pubis, et plutôt en dedans d'elle. Cette incision est longue de 7 à 9 centimètres et proportionnée au volume de la hernie. Mise à nu de l'arcade fémorale. On dénude soigneusement son bord inférieur; le long et immédiatement au-dessous de ce bord inférieur on vient chercher et trouver le sac graisseux, lipomateux, facilement isolable de la hernie crurale, et on le libère par dissection digitale. Cheminant alors le long de sa face interne on vient mettre à nu la face resplendissante du ligament de Gimbernat.

2° *Section totale du ligament de Gimbernat. Isolement de l'infundibulum péritonéal. Ouverture, ligature, résection du sac.* — Le ligament de Gimbernat étant bien isolé on doit au ras de son insertion pubienne, l'inciser de bout en bout, en intéressant légèrement au besoin l'insertion de l'arcade à l'épine du pubis. Immédiatement toute la région devient facilement accessible. Confiant alors l'arcade fémorale à un écarteur qui la déplace en haut, on doit isoler le sac le plus haut possible, l'ouvrir et le lier. Nous insistons à nouveau sur

le jour très grand que la section *totale* du ligament de Gimbernath donne pour cette manœuvre.

3° *Fermeture du trajet. Placement des fils profonds. Suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper.* — Profitant de la liberté que donne la section du ligament de Gimbernath, on tire en haut l'arcade fémorale en l'éversant de façon à voir directement la face postérieure de la paroi abdominale. On vient alors l'isoler délicatement en refoulant le péritoine : c'est là que vont passer les fils. On vient, de l'extrémité de l'index, gratter de dedans en dehors la crête pectinéale, revêtue du ligament de Cooper; et continuant ainsi sans perdre un instant le contact osseux on vient facilement et sûrement récliner en dehors la veine fémorale, sans même qu'il soit utile de la mettre à nu pour la voir. On a alors devant les yeux le rebord fibreux net et brillant du ligament de Cooper formé de fibres transversales que l'aiguille peut perforer sans crainte, et qui ne se laissent pas déchirer. La région étant ainsi exposée on vient passer une série de fils qui chargent : en haut les muscles transverse et petit oblique; en bas, le ligament de Cooper en entier et au besoin le périoste du pubis. Le passage du dernier fil est calculé de manière à ce que la veine fémorale ne se trouve pas comprimée. Lorsque les fils sont noués, il ne reste plus trace de trajet crural.

4° *Suture de l'arcade fémorale à l'aponévrose pectinéale.* — On refait alors ce temps suivant la technique habituelle, en ayant soin de traverser l'aponévrose pectinéale près du ligament de Cooper; l'arcade s'abaisse

mieux en effet lorsqu'on la porte en arrière ainsi que l'ont montré Ruggi et Delagenière. Dans le cas où elle ne s'abaisserait pas, on pourrait d'autant mieux la sectionner qu'il y a maintenant derrière elle un plan de suture continu.

5^e *Réfection des plans superficiels.* — La paroi étant solidement reconstituée grâce au double plan que nous venons de décrire, il ne reste plus qu'à suturer les léguments.

CHAPITRE III

Cure radicale par voie crurale.

Il y a loin de ces procédés, complexes au moins en apparence, aux procédés de cure radicale de la hernie crurale. Sans vouloir entrer dans l'étude des procédés employés pour fermer l'anneau crural par la voie basse, nous ne pouvons pas ne pas retenir celui que prescrivait Berger. Rien de plus simple en vérité, une fois le sac enlevé, que de passer dans l'aponévrose du pectiné une série de fils en anse dont les extrémités viennent traverser l'arcade crurale. Les fils, noués sur l'arcade, appliquent sa face profonde contre l'aponévrose et suppriment la partie antérieure ou mieux externe de l'orifice crural.

Il reste, dans la profondeur, un orifice limité en haut par l'arcade et en bas par la branche horizontale du pubis qui forment une sorte d'angle à sinus ouvert vers la cavité péritonéale.

Au contact de cette ébauche d'orifice, obturé vers la cuisse, par l'adossement aponévrotique que réalise le procédé de Berger, persiste l'infundibulum péritonéal qu'on n'a pas pu exciser.

Sans doute les choses resteront le plus souvent en cet état et la guérison complète et définitive sera obtenue; mais, que les fils viennent à lâcher pour une raison quelconque et vraiment tout est prêt pour une récurrence. Cette disposition défavorable existe au maximum dans le cas de hernie crurale volumineuse, lorsque l'anneau a été affaibli par un sac volumineux, le distendant chroniquement.

Et de fait, Bresset, dans sa thèse, apporte des statistiques intéressantes, quoiqu'en partie inutilisables. Inutilisables en partie, parce que, sur 395 observations relevées par Bresset on trouve : 232 cas dans lesquels le sac fut réséqué, mais l'anneau fut laissé ouvert. Restent 163 cas; 12 sont à défalquer qui ont trait à des hernies crurales opérées par voie inguinale. Restent 151 cas, pour lesquels Bresset note 8, 6 pour 100 de récurrences. Si l'on classe les hernies crurales en hernies de gros, de moyen et de faible volume, on voit nettement qu'il existe une proportion de récurrences beaucoup plus considérable dans les hernies volumineuses. C'est un fait sur lequel nous aurons à revenir en étudiant les indications de la voie inguinale.

CHAPITRE IV

Technique de la cure radicale par voie inguinale.

La technique que nous allons décrire est celle qui est actuellement acceptée par tous les défenseurs de la voie inguinale dans la cure radicale des hernies crurales. Comme Perlavecchio, comme Lotheissen et Föderlin, comme Dujarier et Desmarest nous sommes d'avis que, après avoir ouvert le péritoine, après avoir réduit le contenu du sac et enlevé le sac, il faut, abaisser, dans le temps de réparation, le rideau musculaire que forme le tendon conjoint pour l'unir à l'arcade et au ligament de Cooper. Mais nous différons de ces auteurs par un détail opératoire qui nous paraît discutable : c'est le mode d'exérèse du sac herniaire.

M. Dujarier écrit « Le plus souvent, lorsque la hernie n'est pas très ancienne, et qu'il n'y a pas eu de phénomènes d'étranglement ou d'inflammation, il suffit d'exercer une traction continue, en haut, sur les pinces qui repèrent l'ouverture péritonéale, pour voir le collet puis le sac glisser peu à peu et finalement s'énucléer; on a ainsi transformé la hernie crurale en hernie inguinale directe. Cette extériorisation du sac

est facilitée par la couche graisseuse qui entoure toujours le sac des hernies crurales et qui n'est qu'une partie de la graisse sous-péritonéale entraînée avec le péritoine qui constitue la hernie. Cette mobilité est telle que, dans certains cas favorables, nous avons pu extérioriser le sac sans ouvrir le péritoine; la moindre traction exercée sur le péritoine au-dessus du collet suffit à attirer le sac dans le canal inguinal ».

Le fait est exact; il est des sacs petits, recouverts par un lipôme pré-herniaire peu développé, qui franchissent aisément un anneau crural élargi et se laissant facilement distendre. Mais il n'en est pas toujours ainsi et M. Dujarier ajoute en effet :

« Cette manœuvre n'est pas toujours aussi facile. Elle est contrariée tantôt par l'étroitesse du collet fibreux, tantôt par les adhérences que le sac a contractées dans le triangle de Scarpa ».

Pour ce qui est des hernies à collet fibreux très étroit, M. Dujarier déclare que dans ces cas, il n'hésite pas à élargir l'anneau d'un coup de ciseau dirigé en dedans, du côté du ligament de Gimbernat.

« Ce débridement, ajoute-t-il, est particulièrement nécessaire quand il existe un kyste sacculaire avec oblitération plus ou moins complète du goulot péritonéal ». Nous ne saurions souscrire à une pareille proposition qui mérite d'être discutée. M. Desmarest écrivait dans son article du *Paris-Médical* : « Il est des cas où le sac et son contenu ne peuvent pas être attirés hors du canal crural. Dans de tels cas, on a proposé : soit de sectionner le ligament de Gimbernat, soit de sec-

tionner l'arcade crurale pour ouvrir largement l'anneau. Je crois qu'une telle façon de faire n'offre que des inconvénients ». En effet, il ajoute : « Si l'orifice crural est étroit, il offre une disposition qui favorise sa fermeture et dès lors à quoi bon l'élargir ! »

C'est là la vraie technique. Pourquoi s'acharner à luxer le sac vers la région inguinale ? La voie inguinale n'a pas pour but d'enlever le sac ; elle n'est apte qu'à traiter plus aisément l'infundibulum péritonéal et à fermer plus soigneusement l'anneau crural. C'est une manœuvre inutile que celle qui tend à détruire une heureuse disposition anatomique, uniquement dans le but de respecter la région crurale, de n'y pas pénétrer.

Alors on fend l'arcade et on attire le sac, mais le sac ne vient pas toujours. Il peut être fixé par des adhérences. M. Dujarier insiste à juste titre sur les adhérences inflammatoires qui, dans deux cas, l'ont empêché d'extirper la totalité du sac. Il abandonna, dans ces deux cas, le fond du sac qui fut sectionné au ras de ses adhérences. Dans un cas auquel fait allusion, dans son article, M. Desmarest, il lui fut impossible de luxer le sac tant l'anneau était serré. Il incisa verticalement la peau de la région crurale, libéra le sac et l'extirpa avec la plus grande facilité. Depuis ce temps, M. Desmarest nous a dit qu'il ne cherchait jamais, *à tout prix*, à luxer le sac dans la région inguinale. En pratique, deux cas peuvent se présenter comme nous l'avons dit : ou bien le sac se laisse facilement attirer à travers l'anneau et il est indiqué de le luxer dans la plaie inguinale et de l'enlever, par en haut ; ou bien le sac ne vient pas ; il faut

alors ouvrir le péritoine, le sectionner circulairement et le suturer. Le sac et son collet maintenant séparés du péritoine seront attaqués par le bas. Pour cela, M. Desmarest décolle simplement la lèvre inférieure de son incision, pénètre dans la région crurale et, le plus aisément du monde, libère le sac herniaire et arrache son pédicule abandonné dans l'anneau. C'est la technique simple à laquelle il est arrivé pour ne pas distendre inutilement les lèvres de l'anneau crural et pour ne jamais s'exposer à rompre aveuglément les adhérences qui peuvent fixer le sac dans la région crurale. C'est un temps complémentaire que nous croyons bon de généraliser et que nous mentionnons dans la technique que nous proposons.

1^{er} TEMPS. — Incision des téguments et ouverture du trajet inguinal. — Dans le but d'avoir un libre et facile accès sur la région crurale, nous conseillons une incision parallèle à l'arcade crurale que nous traçons à quelques millimètres au-dessus de l'arcade (fig. 1). Cette incision doit être prolongée en dedans jusqu'à un centimètre de l'épine pubienne. Elle répond, par son extrémité interne, au pilier externe qu'elle découvre. Les plans superficiels sont divisés jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. Avant d'ouvrir la paroi antérieure du canal, on la dégage vers le haut en faisant fortement récliner la lèvre supérieure de l'incision cutanée et on peut alors inciser l'aponévrose du grand oblique à un bon centimètre au-dessus de l'arcade, suivant une ligne qui passerait par le pilier interne (fig. 2). De la sorte on pourra, tout à l'heure, utiliser sans crainte une grande

partie de l'arcade pour la pose des fils profonds. Il restera encore assez d'arcade pour passer aisément au-dessous de sa lèvre externe les fils destinés à reconstituer la paroi antérieure du canal inguinal.

2^e TEMPS. — Incision du fascia transversalis et ouverture



Fig. 1. — Tracé de l'incision.

du péritoine au niveau de l'infundibulum. — Le canal ouvert, on mobilise de suite la lame musculo-tendineuse formée par les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse qui confiés à la petite branche d'un écarteur de Farabeuf sont attirés par l'aide vers le haut. De la sorte, toute la paroi postérieure du canal inguinal se trouve largement découverte. On reconnaît, sous le fascia transversalis, les veines plus ou moins volumi-

neuses (fig. 3) qui rampent à ce niveau et ne font presque jamais défaut. S'il est possible, on les respecte; s'il est nécessaire, elles sont sectionnées entre deux pinces et deux fils de catgut fin assurent l'hémostase.

Le fascia transversalis est saisi entre deux pinces et sectionné; dans certains cas, il est assez mince pour être ouvert délibérément à la sonde cannelée ou mieux

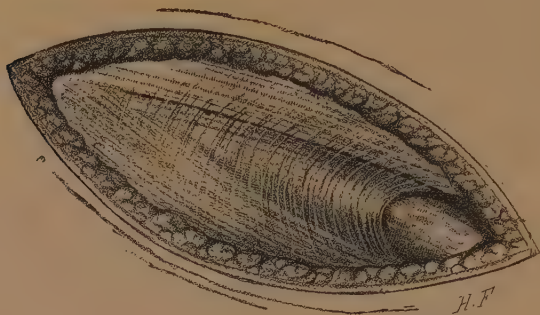


Fig. 2. — L'aponévrose du grand oblique est incisée suivant une ligne qui passerait par le pilier interne.

d'un petit coup de bistouri et l'on pénètre dans l'espace sous-péritonéal.

Le péritoine, qui forme l'infundibulum du sac herniaire, est saisi entre deux pinces et divisé au bistouri. La partie haute du sac est ouverte.

3^e TEMPS. — **Traitement du contenu du sac.** — Ce temps appartient seulement aux hernies étranglées et aux épiplocèles adhérentes. Je reviendrai sur le cas de la hernie étranglée. Pour les épiplocèles, rien de plus facile que de saisir l'épiploon au-dessus du point où il pénètre dans le collet du sac, de le sectionner au-dessous d'une

pince, de placer une ligature au catgut sur son bout central et de le rentrer dans l'abdomen.

C'est à ce moment, *qu'à droite, on peut et on doit aller à la recherche de l'appendice.*

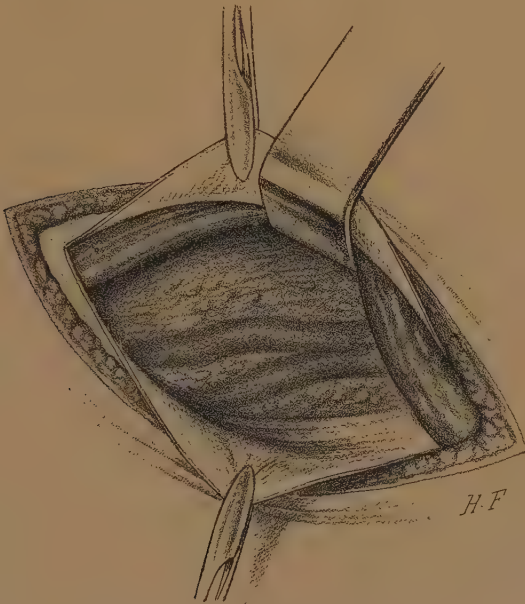


Fig. 3. — L'aponévrose du grand oblique divisée; un écarteur entraîne vers le haut le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. On reconnaît, sous le fascia transversalis, les veines plus ou moins volumineuses qui rampent à ce niveau.

Si le sac est vide, on peut essayer, quand il est petit, de l'attirer par l'anneau crural dans la région inguinale et de le sectionner très haut. Mais, si le sac résiste le moins du monde à la traction ou si son volume peut faire penser qu'il ne franchira pas aisément l'orifice profond du canal inguinal, il faut sectionner le péritoine

en le repérant à l'aide d'une série de pinces plates non blessantes. Puis, il suffit de passer un fil en bourse qui ferme la brèche péritonéale (fig. 4). Il importe, dans ce temps, de prendre garde de ne pas léser la vessie qui répond à la face interne du sac. Nous reviendrons sur ce point.

4^e TEMPS. — Ablation du sac par voie crurale. — Avant de fermer l'anneau par la voie inguinale, un écarteur abaisse la lèvre inférieure de l'incision superficielle (fig. 4). La tumeur, qui occupe la région crurale, devient accessible et l'index la libère aisément. Il suffit de la luxer vers le haut après l'avoir libérée jusqu'au pédicule, encore contenu dans l'anneau, pour l'arracher aisément par une traction douce et plus ou moins prolongée. L'écarteur est enlevé; tout le reste de l'opération s'achève par la voie inguinale.

5^e TEMPS. — Fermeture de l'anneau crural. — C'est le temps difficile. Avant de songer à passer les fils, il importe de bien mettre en évidence le bord inférieur de l'arcade doublée de la bandelette ilio-pubienne toujours nettement visible. Puis, la grande branche de l'écarteur est placée dans la partie supérieure du canal, refoulant la graisse sous-péritonéale et le péritoine laissant apercevoir la branche horizontale du pubis et le ligament de Cooper.

Il faut dégager complètement ce ligament du tissu cellulaire qui le masque. En dehors, il faut reconnaître la saillie de la veine fémorale et, pour éviter sa blessure, la protéger au moyen de la petite branche de l'écarteur de Farabeuf tenu par l'aide.

Ce n'est que lorsqu'on a ainsi largement exposé la région qu'il faut passer les fils.

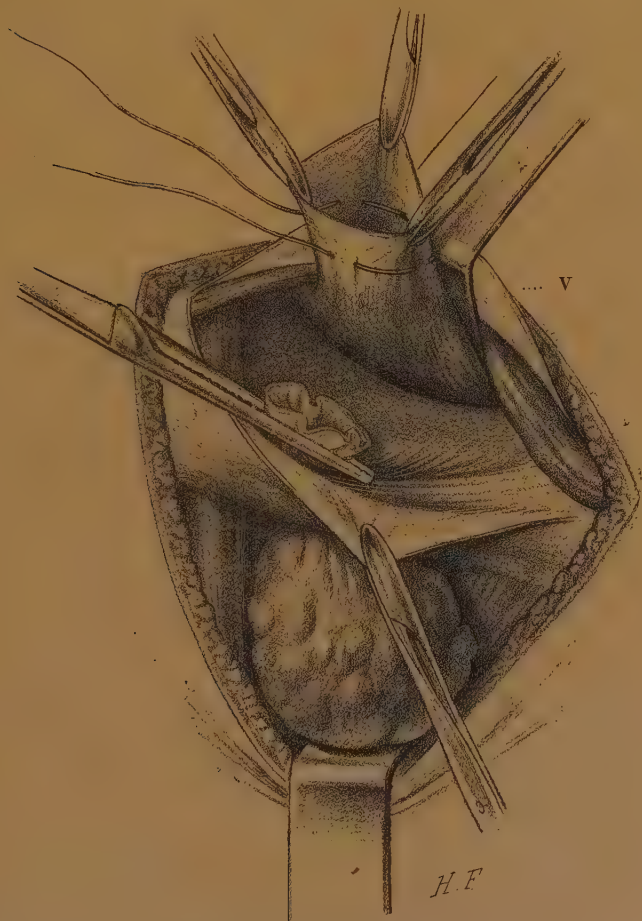


Fig. 4. — Un fil en bourse ferme le péritoine. En V, la saillie que fait la vessie. Un écarteur abaisse la lèvre inférieure de l'incision cutanée. Le sac herniaire est libéré et enlevé par la voie crurale.

Deux, souvent trois fils de catgut ou de soie (de soie de préférence), sont passés à travers le ligament de

Cooper (fig. 5) qu'il faut charger d'avant en arrière, dans sa totalité de préférence. Les fils passés, leurs extrémités sont enserrées entre les mors d'une pince et ces fils sont reçus sur un champ qui les isole de tout

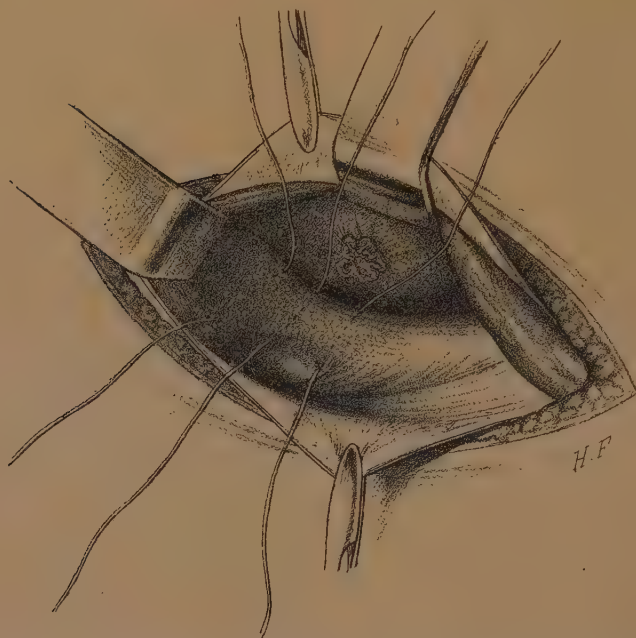


Fig. 5. — 3 fils de soie sont passés à travers toute l'épaisseur du ligament de Cooper.

contact. L'aiguille courbe de Reverdin traverse alors l'arcade crurale de dehors en dedans et de haut en bas, chargeant, par sa face interne, la moitié de l'arcade. La branche inférieure du fil est reçue dans le chas de l'aiguille et attirée au dehors. La branche supérieure du fil est chargée sur l'aiguille qui n'a plus qu'à saisir et à traverser le bord inférieur des muscles petit oblique et

transverse (fig. 6). Quand les trois fils ont été placés, on les serre doucement et on peut voir les éléments fibreux et musculaires s'unir en une sorte de bourrelet profond qui efface totalement l'orifice profond du canal crural (fig. 7).



Fig. 6. — Les fils sont passés à travers l'arcade crurale et à travers le bord inférieur des muscles petit, oblique et transverse.

Il importe de s'assurer, avant de serrer les fils, qu'ils assurent la fermeture totale de l'orifice. Il sera toujours ainsi, si l'on a soin de placer le fil le plus externe juste à la limite de l'orifice crural et de faire en sorte qu'il traverse le ligament de Cooper et le tendon conjoint de plus en plus en dehors.

6^e TEMPS. — Fermeture du canal inguinal. — Il ne reste

plus alors qu'à passer deux ou trois fils à travers les lèvres de l'aponévrose du grand oblique pour rétablir la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'au niveau de

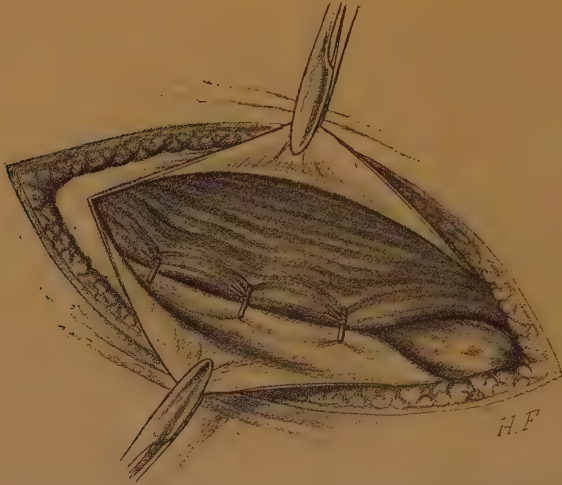


Fig. 7. — Les fils serrés effacent l'anneau crural et l'abaissement des muscles petit, oblique et transverse, renforce la paroi postérieure du canal inguinal.

son orifice externe à travers lequel s'échappe aisément le ligament rond ou le cordon. Quelques catguts sont jetés sur les veines superficielles. La peau est suturée.

CHAPITRE V

Avantages du procédé.

Les avantages du procédé de Ruggi — Tuffier sont nombreux. Ils ont été affirmés dans tous les travaux parus sur la question et ils sont réels. En effet :

1° La voie inguinale permet un abord facile du sac et de son contenu.

2° La voie inguinale permet la résection haute du sac herniaire qui doit porter au niveau de l'infundibulum.

3° La voie inguinale permet une fermeture hermétique de l'orifice profond du canal crural.

4° La voie inguinale est le procédé de choix dans les hernies crurales droites parce qu'elle permet l'ablation de l'appendice.

I. — La voie inguinale permet d'aborder facilement le sac et de traiter son contenu. — C'est là, en effet, un avantage qui n'est pas négligeable. En pratique, on se trouve placé dans trois conditions :

Ou la hernie est réductible ;

Ou la hernie est irréductible ;

Ou la hernie est étranglée.

Dans les cas de hernie réductible, l'abord sur le collet

du sac et l'infundibulum herniairé est peut être plus difficile que dans les deux cas suivants. Cependant, lorsque le fascia transversalis a été incisé, il suffit de se porter tout à fait en bas contre l'arcade crurale pour sentir le collet du sac sous forme d'une petite corde pénétrant dans l'orifice plus ou moins élargi. On peut alors, sans difficultés, dans un certain nombre de cas, luxer le sac de la région crurale dans la région inguinale. Toutefois, il est des sacs qui, comme nous l'avons dit, ne permettent pas tous cette manœuvre. Ce sont les cas qui nécessitent l'extraction du sac par la voie crurale. C'est un point déjà étudié sur lequel nous n'avons pas à revenir.

Mais, où la voie inguinale nous paraît faciliter beaucoup l'intervention, c'est dans les cas de hernie crurale irréductible ou étranglée.

Dans les hernies irréductibles, il, s'agit toujours d'épiplocèle : l'épiploon a, peu à peu, contracté des adhérences plus ou moins solides avec tout ou partie du sac. Lorsqu'on ouvre une épiplocèle irréductible par la voie basse, on se voit dans la nécessité de décoller les adhérences épiploïques et de s'efforcer d'attirer l'épiploon sain hors du ventre pour placer une ligature au-dessus des lésions. Cette première manœuvre ne va pas sans quelques difficultés: elle peut même, si l'épiploon est adhérent au niveau du collet du sac, nécessiter la section de l'arcade qui, seule, permettra de dépasser facilement la zone adhérentielle. Supposons même que l'épiploon se laisse attirer hors du sac, que la ligature en ait été facilement faite. il nous reste un moignon

épiploïque qu'il faut réduire, et cette réduction n'est pas toujours chose facile. L'orifice crural est trop étroit pour lui donner passage; il faut, ou appuyer sur ce moignon au risque de voir la ligature glisser, ou élargir l'anneau soit au doigt, soit au bistouri : condition qui va rendre la réparation plus aléatoire sinon plus difficile. Que les fils, unissant l'arcade au pectiné, viennent à céder secondairement et l'orifice crural élargi s'offre plus propice à la récursive.

De tels inconvénients sont évités par l'abord inguinal. Sous le fascia transversalis, l'épiploon contenu dans l'infundibulum fait saillie. L'infundibulum ouvert, on se trouve d'emblée devant un fragment d'épiploon dont le doigt fait facilement le tour; une pince est placée sur cette partie de l'épiploon; la suture et la ligature en sont faites sans la moindre difficulté. C'est là une manœuvre en tout semblable à celle qu'on emploie dans la cure des hernies ombilicales adhérentes. Comme dans ce procédé, on aborde la hernie au-delà des lésions et la tâche est ainsi rendue facile.

J'en puis dire autant pour les *hernies étranglées* : qu'il s'agisse d'épiploon ou d'intestin, la voie inguinale permet de désenclaver l'anse pincée latéralement ou totalement. Une fois l'obstacle levé, on n'a pas à craindre, comme dans l'abord par voie crurale, que l'anse s'échappant des doigts, remonte dans l'abdomen avant qu'on ait pu l'examiner à loisir et qu'on ait pu mesurer l'étendue des dégâts occasionnés par la striction. On objectera évidemment que cette anse ne va jamais très loin, qu'elle reste dans l'infundibulum : cela

est vrai, mais il n'en faut pas moins la saisir avec un instrument mousse, et lui faire subir une certaine traction qui n'est pas sans inconvénient lorsque la paroi intestinale pincée est devenue friable.

Ce sont des cas rares sans doute, mais un seul de ces cas justifierait la défense du procédé de cure radicale de l'étranglement par voie inguinale. Par cette voie, en effet, il est simple d'attirer doucement l'anse serrée ; il est simple, à la vue, de débrider l'anneau fibreux au doigt ou même au bistouri s'il en est besoin. On est maître de l'anse libérée ; avec la plus grande aisance, on l'examine, on s'assure de son état, et de l'état de son mésentère. La cavité péritonéale protégée par une petite compresse, on s'assure que la circulation se rétablit. Sous l'influence d'un lavage à l'eau chaude, la teinte noirâtre ecchymotique disparaît, le sillon d'étranglement lui même ne donne aucune crainte et l'anse peut être réduite.

Qu'on n'objecte pas que le liquide du sac herniaire se précipitant dès que l'anse est libérée, pénètre dans la cavité abdominale : rien n'est plus facile à éviter, en glissant une petite compresse dans la brèche péritonéale. Et d'ailleurs, sauf cas exceptionnel, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, un tel incident ne paraît pas entraîner de complications.

Il est permis de défendre la voie inguinale dans la cure radicale des hernies crurales irréductibles et étranglées.

II. — La voie inguinale permet la résection haute du sac herniaire ; elle permet de détruire l'infundibulum péritonéal qui

prédispose à la récurrence. — Cette proposition n'a pas besoin d'être discutée. Tous les chirurgiens, même ceux qui n'emploient pas la voie haute, l'admettent. Et c'est dans le but d'enlever cet infundibulum que certains partisans de la voie crurale l'ont, si je puis dire, *élargie*. Que cherchent Guibé et Proust lorsqu'ils sectionnent ou désinsèrent la partie interne de l'anneau crural? Ils veulent réséquer l'infundibulum péritonéal. C'est dans le même but que Delagenière fend l'arcade en regard de l'anneau crural. Et l'importance de cette résection péritonéale haute est telle que Vallas et Perrin, de Lyon, n'hésitent pas à croire qu'il est superflu de fermer l'anneau crural une fois que l'infundibulum a été réséqué : opinion, certainement un peu osée, si nous en jugeons par un résultat consigné dans nos observations. Les résultats intéressants, rapportés par Vallas et Perrin demandent, pour être acceptés, une observation prolongée des malades opérés de la sorte.

Or la voie inguinale est incontestablement celle qui permet d'aborder et de réséquer le plus facilement l'infundibulum péritonéal pré-sacculaire. A ce titre, elle mérite également d'être retenue.

III. — La voie inguinale permet une fermeture hermétique de l'orifice profond du canal inguinal. — Cette proposition est vraie; si elle est discutable, elle ne l'est que dans certains cas et dans certaines conditions que je me propose d'étudier tout à l'heure. Dans tous les cas, le bord inférieur de l'arcade crurale est facilement visible et largement étalé. On passe, sans aucune difficulté, à travers ce plan fibreux, les fils nécessaires pour obturer

l'orifice profond du canal crural. Dans la profondeur, sur la branche horizontale du pubis, l'épais revêtement fibreux qui double et renforce le plan osseux, donnant insertion aux fibres du muscle pectiné, offre, lui aussi, une prise solide pour les fils. Au-dessus, les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse libérés et abaissés sans difficulté, sont prêts pour la réparation. Une série de fils d'union réunissant les éléments fibreux au rideau musculaire assure la fermeture complète du canal crural.

Il est certain, théoriquement et pratiquement (sous quelques réserves) que le canal crural est mieux fermé par une telle suture que par des fils unissant en bas l'arcade au muscle pectiné revêtu de son aponévrose. Parfois, quand l'aponévrose du pectiné est mince, on est obligé de charger une couche plus ou moins épaisse du muscle sous-jacent. Si la suture est un peu tendue, l'arcade se rapprochant difficilement du muscle pectiné, on est en droit de se demander l'avenir réservé à cette bande musculaire enserrée dans toute une série de fils placés en anse!!

IV. — La voie inguinale est le procédé de choix dans les hernies crurales droites, parce qu'elle permet l'ablation de l'appendice. — Tout récemment, M. Desmarest, dans un article de la *Presse médicale* (1), a insisté sur cet avantage qu'offre la voie inguinale, dans la cure radicale des hernies crurales droites. Il écrivait : « Dans toute hernie crurale droite non étranglée, l'ablation de l'appendice

(1) E. DESMARET. *Presse médicale*, 22 nov. 1912.

est indiquée et c'est là un sérieux avantage qu'il faut inscrire à l'actif de la voie inguinale dans la cure radicale des hernies crurales droites. » Rien en effet de plus simple, lorsque l'infundibulum péritonéal a été ouvert, que d'introduire dans la cavité abdominale un écarteur assez large, la grande branche d'un écarteur en S par exemple, et d'obtenir un accès suffisant sur les organes abdominaux pour aller à la recherche du cæcum. J'ai pu, tout récemment, dans un cas opéré à Ivry par M. Desmarest dans le service du Dr Gosset, me rendre compte qu'une telle manœuvre était possible sans danger et j'apporte à l'appui de sa thèse cette nouvelle observation qu'a bien voulu me donner M. Desmarest.

Toutefois, il faut savoir que la recherche de l'appendice n'est pas toujours aisée. Elle est assurément plus délicate que dans la cure radicale de la hernie inguinale droite. Car, s'il est vrai que, dans cette dernière, on peut quelquefois trouver un collet du sac trop étroit pour que l'écarteur puisse être facilement introduit, difficulté qui ne se présente jamais dans la hernie crurale, il faut savoir que l'infundibulum crural est situé plus bas que l'orifice profond du canal inguinal. On arrive, sans peine, dans la grande cavité péritonéale mais on entre très bas, loin du cæcum. Il faut aller prudemment à la recherche de l'organe. Si le cæcum est long, s'il tend à tomber dans la cavité pelvienne, les ligaments latéro-cæcaux laissent à l'organe une mobilité très grande et on l'attire avec la plus extrême facilité dans la brèche péritonéale. Tous les temps de l'appendicectomie s'accomplissent le plus aisément du monde.

Mais si le cæcum est attaché de court, il faut l'attirer avec une extrême prudence et ce n'est que sous la réserve expresse qu'elle ne saurait entraîner aucune complication, même légère, que l'appendicectomie doit être entreprise et menée à bien.

Rien n'empêcherait d'ailleurs, si l'appendice était malade, s'il avait existé antérieurement des crises d'appendicite nettes, de recourir à la technique employée par M. Gosset dans les hernies inguinales. Il suffirait de prolonger l'incision inguinale, de dissocier la paroi abdominale et d'ouvrir le péritoine au-dessus de la région inguinale à la faveur de l'incision poussée plus haut; puis l'appendice serait découvert et enlevé suivant les règles ordinaires.

Rien n'est absolu en chirurgie et préconiser la voie inguinale comme devant faciliter l'ablation de l'appendice ce n'est pas dire que dans tous les cas de hernie crurale droite, l'appendice devra nécessairement être enlevé. Mais, chaque fois que la disposition anatomique du cæcum et de l'appendice permettra d'aborder ces organes (et ces cas sont les plus nombreux), son ablation s'imposera et ce n'est pas un mince avantage pour un sujet jeune d'être délivré d'un organe qui ne paraît pas mériter jusqu'alors d'être traité avec beaucoup d'égards.

A l'appui de cette thèse, nous rapportons les quatre observations suivantes : les trois premières ont été publiées dans la *Presse médicale* du 22 novembre 1912, la quatrième est plus récente.

Observation I. — B. V..., 39 ans. Hernie inguinale droite datant de huit mois environ du volume d'une grosse noix, réductible et non douloureuse. Aucuns antécédents appendiculaires.

Opération le 20 août 1912 sous anesthésie à l'éther (appareil d'Ombrédanne). Incision inguinale droite. Ouverture du canal inguinal; sous le fascia transversalis, une grosse veine parallèle à l'arcade qu'on doit couper et lier. Ouverture du péritoine. Par le péritoine, on introduit un écarteur d'Hartmann et on attire le cæcum, puis l'appendice en situation latéro-cæcale droite. On enlève l'appendice suivant la technique ordinaire. Fermeture du péritoine par un point de catgut. Puis, l'anneau crural est fermé par trois fils de soie unissant le bord inférieur de l'arcade au ligament de Cooper et au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Suture du grand oblique et des plans superficiels.

Au bout de cinq jours, on enlève les soies et la malade quitte le service quinze jours après.

Observation II. — J. A..., 25 ans. Hernie crurale droite datant de six mois environ. La malade s'aperçut alors de la grosseur au retour du skating; à ce moment, elle souffrait du côté droit. Au début, ce n'était qu'une petite boule qui grossit peu à peu. Elle augmentait de volume surtout quand la malade se fatiguait. Dans les antécédents, on retrouve nettement des signes d'appendicite chronique : douleurs abdominales fréquentes avec prédominance à droite dans la région appendiculaire; malaises gastriques avec tendance aux nausées et, fréquemment, altération des traits avec sensation de fatigue générale. Constipation assez opiniâtre. A son entrée à l'hôpital, on note l'existence d'une hernie crurale droite du volume d'un petit œuf de pigeon, nettement évidente dans la station debout, réductible quand la malade se couche. Durant l'effort, l'épiploon s'engage dans le sac herniaire.

Opération le 2 octobre 1912. L'incision inguinale conduit sur une graisse sous-péritonéale abondante. On saisit le péritoine et on luxe facilement le sac; il existe un assez volumineux lipôme pré-sacculaire et, en avant de ce lipôme, une sorte de petit kyste hématique du volume d'une grosse cerise rempli de sang pur. Le sac est assez difficile à trouver; je suis gêné par la vessie (la malade n'a pas pu uriner avant son opération) qui saille dans la plaie. Ouverture d'un sac épais, mais libre de tout contenu. Les écarteurs placés dans l'ouverture péritonéale, j'attire le cæcum et la base de l'appendice est visible. Je saisis l'appendice à sa base et j'essaye en vain de l'extérioriser. Je me résous alors à lier l'appendice, à l'enfouir et à sectionner le méso. Le méso est sectionné peu à peu en même temps que l'appendice se dégage; ces manœuvres sont faites prudemment car l'appendice paraît fortement amarré par sa pointe très haute et rétro-cæcale. Enfin, je peux attirer la pointe de l'appendice et terminer l'appendicectomie par la ligature du méso. Puis, le sac est réséqué, le péritoine est fermé et je procède à la fermeture du canal crural par le procédé indiqué plus haut.

Suites opératoires des plus simples : la malade est actuellement guérie.

Observation III. — X., 40 ans, Hernie crurale droite du volume d'une noix. Aucun symptôme appendiculaire. Paroi abdominale facilement dépressible et de mauvaise qualité. Par deux fois, symptômes d'étranglement qui cèdent facilement. La hernie n'est que partiellement réductible (épiplocèle adhérente). Incision inguinale. Ouverture du sac. Je saisis l'épiploon qui adhère, je lie, et j'excise un fragment d'épiploon. L'épiploon réduit, les écarteurs sont introduits dans l'orifice péritonéal. Le cæcum et l'appendice se laissent extérioriser et l'appendice est enlevé très facilement. Puis la la hernie est traitée comme dans les observations précédentes.

Suites opératoires sans incidents. Ablation des fils le sixième jour.

Le quinzième jour, la malade sort, guérie.

Observation IV. — L. J..., 23 ans. Entre à l'hôpital le 13 janvier 1913 pour une tuméfaction siégeant à droite dans le pli de l'aîne. Cette tuméfaction a débuté il y a cinq ans, brusquement, à la suite d'un effort. Elle fut irréductible d'emblée. Depuis cette époque, le malade souffrait, de temps à autre, de coliques et de picotements.

On se trouve en présence d'une hernie crurale irréductible, douloureuse au pédicule et on sent un lipôme pré-herniaire. Au moment de l'examen, spontanément, la hernie rentre. On porte le diagnostic d'épiplocèle crurale et le 17 janvier M. Desmarest pratique l'opération.

Incision inguinale, ouverture du canal inguinal. On reconnaît superficiellement le tendon conjoint; au-dessous apparaît le pédicule de la hernie. On décolle le bord inférieur de l'arcade crurale, on la soulève avec un écarteur et on arrive à luxer par traction, sans difficulté, un sac très épais du volume d'une grosse noix et qui ne contient rien. Le collet est très étroit, on arrive cependant à introduire un écarteur; on attire le cæcum avec facilité et on enlève l'appendice qui est normal. Thermocautérisation et enfouissement du moignon. On place trois fils de soie à la vue, sur le ligament de Cooper épais, résistant, le troisième étant presque sous la veine réclinée en dehors; ces points sont passés à travers l'arcade prise largement et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Quatre points sur la paroi antérieure. Soies sur la peau.

Les suites opératoires furent normales. Le malade sort guéri le 5 février.

CHAPITRE VI

Difficultés du procédé.

Est-ce à dire que le procédé de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale ne possède que des avantages? N'y a-t-il pas quelques inconvénients qui peuvent contrebalancer les avantages ou tout au moins être assez sérieux pour que l'on doive s'y arrêter longuement? Nous le croyons.

Il est tout d'abord une objection dont on a fait justice depuis longtemps : c'est celle qui consiste à regarder la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale comme pouvant prédisposer à l'apparition d'une hernie inguinale.

Cette objection avait une certaine valeur contre le procédé de Ruggi-Tuffier. Il est certain que le fait d'inciser le fascia transversalis pour atteindre l'infundibulum, de luxer le sac à travers cette incision du fascia transversalis plus ou moins détruit était de nature à affaiblir la paroi postérieure du canal inguinal et à faciliter l'apparition d'une hernie.

Mais, cette objection n'a plus de valeur; déjà depuis

Perlavecchio, Förderl et Lotheissen, on a paré à ce réel inconvénient en abaissant les muscles petit oblique et transverse. Abaisser le tendon conjoint et l'unir au ligament de Cooper, c'est renforcer la paroi postérieure du canal inguinal comme on le fait classiquement dans la cure des hernies inguinales par le procédé de Bassini; à ceci près que le bord inférieur des muscles est fixé à un élément plus profond et situé en arrière de l'arcade crurale. On l'unit d'ailleurs au bord inférieur de cette arcade puisque le même fil, passé à travers le ligament de Cooper, enserre et l'arcade et le tendon conjoint.

Les difficultés que l'on peut rencontrer dans la cure radicale des hernies crurales par voie inguinale sont d'ordre anatomique. Tout d'abord, lorsqu'on arrive sur le fascia transversalis qui masque l'infundibulum péritonéal on est gêné, particulièrement chez les sujets à tissu adipeux développé, par des veines, tantôt parallèles à l'arcade, tantôt plus ou moins obliques. Ces veines peuvent être négligeables mais, dans bon nombre de cas, elles sont volumineuses (voir fig. 3). Tantôt, on peut les rejeter vers le haut, ce qui n'est pas toujours aisé car elles adhèrent, se rompent; tantôt on est absolument obligé de les pincer et de les sectionner, ce qui nécessite la pose de deux pinces encombrant le champ opératoire. Evidemment, ce n'est pas là une difficulté qui mérite qu'on y insiste longuement: deux fils, jetés sur les pinces, assurent définitivement l'hémostase mais, pour qui a employé cette voie chez un sujet gras, pour qui a rencontré, noyées dans le tissu adipeux, peu accessibles à la vue, ces veines souvent multiples, pour qui

a été gêné par cette hémorragie veineuse en nappe qu'une pince arrête plus ou moins aisément, ce petit inconvénient mérite d'être signalé.

Au moment où on vient de luxer le sac dans la région inguinale ou, si la hernie adhère, lorsqu'on sectionne le péritoine au-dessus de l'infundibulum, il faut éviter de blesser la vessie. La présence de la vessie est constante et elle prend presque part à la constitution de la partie interne de l'infundibulum péritonéal, et, en fait, il suffit d'une très légère traction dans le plus grand nombre des cas, pour la faire apparaître. En effet, anatomiquement, la vessie, rétro-pubienne est très rapprochée de l'orifice profond du canal crural. On peut s'en rendre compte sur le cadavre en ouvrant l'abdomen après avoir introduit, dans l'orifice profond du canal crural, une tige d'acier perforant le péritoine.

Faute de bien connaître ce rapport anatomique *constant* comme on peut s'en assurer dans les observations annexées à cette thèse, la vessie peut être blessée très facilement au moment où on excise l'infundibulum du sac herniaire. Dans un cas (obs.), où le péritoine fut saisi tout à fait en dedans, la vessie fut intéressée par le bistouri et il fallut la suturer. La malade guérit parfaitement bien, mais c'est là un accident qu'on *peut* et qu'on *doit* éviter. Non seulement, la vessie peut être ouverte d'emblée, mais elle a chance ou d'être blessée latéralement par une pince repérant la partie interne du sac ou par l'aiguille, courant sur les bords du péritoine pour fermer le sac par un point en bourse. On peut éviter une telle faute avec un peu d'attention. Il

suffit de regarder attentivement pour voir, qu'en dedans, le sac s'épaissit anormalement au point où le péritoine adhère à la vessie et pour reconnaître l'aspect spécial qu'offre la paroi musculaire de l'organe. A-t-on quelque doute (et cela est possible quand il existe une graisse périvésicale assez développée), il suffit de saisir la partie suspecte pour sentir, entre les doigts l'épais bourrelet que forment les parois vésicales accolées. Il faut insister sur cette disposition anatomique parce que sa connaissance exacte est de nature à éviter un accident qui, sans être grave, va compliquer et prolonger l'opération en nécessitant la suture de la vessie.

Les difficultés opératoires appartiennent surtout au temps de réparation. Quand on lit les articles parus sur la question, ce temps opératoire paraît, à la lecture, aussi simple que le décollement du sac par exemple.

Et cependant, Tuffier, dès 1896, écrivait, après avoir décrit les quatre premiers temps de l'opération : « dans le 5^e temps, on pratique *plus ou moins facilement* la suture de l'anneau crural par affrontement de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné au niveau de la partie supérieure de l'anneau crural. »

Dujarier écrit, dans son article du *Journal de Chirurgie*.

« Certains auteurs ont prétendu qu'il était difficile d'amener l'arcade au contact du ligament du Cooper, qu'il fallait exercer des tractions considérables et qu'on risquait de comprimer les vaisseaux fémoraux et notamment la veine. Je dois dire que je n'ai jamais

éprouvé de pareilles difficultés et que je n'ai jamais observé de troubles consécutifs à l'étranglement vasculaire, tels que douleurs, œdème, circulation collatérale. » Et, de fait, Dujarier paraît avoir parfaitement raison pour ce qui est de la compression veineuse. Dans les observations, d'ailleurs fort incomplètes, rapportées dans les divers travaux, on ne s'étend pas sur les suites opératoires. On décrit complaisamment la technique mais on résume en quelques mots la fin de l'observation. Dans la cure radicale de la hernie crurale, comme d'ailleurs dans toutes les opérations abdominales, on peut noter des accidents phlébitiques qui ne sauraient être mis sur le compte du procédé employé.

Ainsi M. Desmarest opère, à Necker, dans le service du Dr Routier, une hernie crurale étranglée. La cure radicale par voie inguinale se passe très correctement et les suites opératoires sont des plus simples, quand le dixième jour, la température s'élève à 38° 5. Il apparaît, au niveau du mollet, un peu de gonflement; bientôt on sent le cordon veineux superficiel, trace de la phlébite. L'état local fut et resta parfait, sans trace de suppuration; cet accident ne paraît pas pouvoir être inscrit à l'actif de la méthode et ne fut pas commandé par la compression de la veine fémorale qui resta indemne.

Si l'on peut admettre, avec Dujarier, que les accidents du côté de la veine sont nuls, on ne peut pas souscrire à l'autre proposition concernant la suture de l'anneau. Cette suture est rendue difficile par deux conditions : l'une tient au tendon de Cooper et l'autre à l'arcade crurale.

Le tendon de Cooper n'est pas toujours également développé. Il est des sujets sur lesquels le tendon se présente comme formé par un épais surtout ligamenteux à travers lequel on peut, sans crainte, passer au moins 3 fils. Il y a de l'étoffe sans conteste et, de ce côté, nulle crainte à avoir. Mais il est des sujets chez lesquels le ligament de Cooper est faiblement développé; sans doute la bande ligamenteuse qui double la surface horizontale du pubis existe et peut recevoir les fils, mais qu'on soulève ces fils, qu'on exerce sur eux une légère traction et on voit le ligament se soulever comme s'il tendait à se détacher de la surface osseuse. Le fait est à retenir, et nous venons de le constater encore il y a quelques jours sur une malade qui vient d'être opérée à l'hospice d'Ivry (obs. XVI).

L'arcade crurale, de son côté, est d'une part plus ou moins développée et d'autre part plus ou moins éloignée de la surface horizontale du pubis. Il faut insister sur cette disposition anatomique. Il existe toujours, entre l'arcade et le ligament de Cooper, une certaine distance qui va croissant du bord interne de l'anneau à son bord externe et on peut affirmer que cette distance varie avec les sujets. C'est un fait qu'il est facile de constater non seulement sur le vivant, mais mieux encore à l'amphithéâtre. Supposons donc le cas d'un ligament de Cooper faible ou moyennement développé et assez distant de la branche horizontale du pubis. Que peut-il se passer? Les fils sont placés à travers le ligament profond et prennent tout ce ligament; ils sont conduits à travers l'arcade et à travers le tendon conjoint, puis, ils

sont noués; au moment où le fil est noué, la traction s'exerce et sur l'arcade qui est abaissée et sur le ligament qui est soulevé. Le point interne accole facilement les éléments fibreux parce que la distance à parcourir est faible; le point moyen tire davantage et le point externe plus encore. Il n'est pas douteux que ce fil externe puisse, quand le ligament de Cooper est faible, le détacher partiellement et, de ce fait, ne contribuer qu'imparfaitement à la fermeture de l'anneau. Dès lors, le tendon conjoint et l'arcade restent unis mais l'anneau crural n'est qu'insuffisamment fermé. Un exemple de cet accident nous est fourni par l'observation suivante :

Observation V. — *Hernie crurale droite. Cure radicale par voie inguinale. Récidive après 4 mois. Nouvelle cure radicale par voie inguinale. Guérison.* — B. V... 39 ans, concierge entre à l'Hôpital d'Ivry le 14 août 1912, envoyée par un médecin du quartier pour se faire opérer d'une hernie crurale.

Début. — Il y a environ 8 mois la malade a constaté une petite tumeur siégeant à la racine de la cuisse droite, tumeur qui apparaissait surtout à la suite de fatigues diverses et qui n'était pas douloureuse.

Actuellement. — La malade est porteuse d'une hernie crurale grosse comme une petite mandarine, réductible et non douloureuse.

Antécédents. — Pas de maladies antérieures. Selles régulières.

Etat général excellent; un peu d'albumine dans les urines.

Opération le 20 août (D^r Desmarest). Anesthésie à l'éther (appareil d'Ombredanne).

Hernie crurale petite, peu volumineuse.

Ouverture du canal inguinal. Ligament rond très développé rejeté en haut avec les muscles petit oblique et transverse.

Sous le fascia transversalis, une grosse veine, parallèle à l'arcade, qui barre le chemin, un peu de graisse. Doucement, on ouvre le péritoine à cause de la vessie, nettement visible en dedans.

Le sac ouvert, on se décide à enlever l'appendice. On abaisse en avant la malade, on attire l'épiploon et le cæcum et on amène à sa suite l'appendice qui est un peu externe.

Appendice normal, ligature du méso. Ligature de l'appendice, enfouissement.

Dans les tractions sur le cæcum, une petite frange épiploïque se déchire; elle est liée.

Le cæcum est rentré; on ferme le péritoine par un point en bourse au catgut.

Réparation : trois points à la soie n° 0 *bis* unissant le bord inférieur de l'arcade, le ligament de Cooper et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

On ferme l'aponévrose du grand oblique par trois points à la soie 0 *bis*. Soies 0 sur la peau.

Suites opératoires normales. Ablation des soies le 25 août. Sort guérie le 14 septembre 1912.

Le 1^{er} janvier 1913, cette malade est amenée le soir à l'Hospice d'Ivry pour une hernie crurale étranglée. Du mois de septembre au 1^{er} janvier la malade n'avait rien remarqué du côté de la région opérée. C'est au moment de se mettre à table le 1^{er} janvier qu'elle commença à souffrir de la région crurale et s'aperçut de la présence d'une hernie douloureuse. Aussitôt elle commença à vomir et quelques heures après elle entra dans le service de chirurgie. M. Desmarest appelé l'opéra à minuit.

Incision inguinale, ouverture du canal inguinal en faisant sauter les fils de la première opération. Comme on arrive

difficilement sur le collet de la hernie et pour se rendre compte exactement des lésions, on va, dans la région crurale, découvrir le sac et l'ouvrir. Il contient une anse intestinale violette, très serrée qu'il est impossible de rentrer.

En explorant en haut et en bas, on peut se rendre compte que l'anneau a été fermé dans sa partie interne et que, dans sa partie externe, les fils ont dû céder ou plus exactement le ligament de Cooper a dû céder. On est obligé d'élargir l'anneau en dedans par distension, en déchirant, pour rentrer l'anse. Le sac est luxé dans la région inguinale. On le décolle aussi haut que possible mais on est arrêté par la vessie qui forme la paroi interne de l'infundibulum. On résèque le péritoine aussi haut que possible et un point de catgut n° 1, en bourse, ferme la brèche péritonéale.

Le temps de réparation est extrêmement difficile parce que la branche horizontale est très profonde, qu'il n'y a plus de ligament de Cooper et parce que l'arcade crurale est en partie dissociée. On passe trois fils dans le muscle pectiné, aussi haut que possible. Ces trois fils sont conduits dans l'arcade crurale d'ailleurs très faible et dans le bord inférieur des muscles. On serre les points et l'anneau ne semble pas très bien fermé.

Alors, on se décide à placer deux solides points par la voie crurale qui unissent le muscle pectiné largement pris avec l'arcade prise dans son ensemble.

Ces deux points achèvent de fermer l'anneau.

Réfection de la paroi antérieure du canal inguinal à la soie; soies sur la peau.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 1^{er} janvier, absolument guérie.

On ne peut expliquer cette récurrence rapide que par une déhiscence du plan profond : 3 fils ont été placés en août, obturant le canal crural. Quatre mois après, la

récidive se produit et on constate qu'il n'y a plus d'étoffe sur la branche horizontale du pubis, surtout en dehors, à telles enseignes qu'il faut fermer l'anneau par voie crurale pour être plus sûr de ne point voir se reproduire la même récidive.

On peut même aller plus loin et dire que les grosses aiguilles de Doyen ou de Reverdin dont on se sert pour passer les fils, en dilacérant les tissus, tendent encore à diminuer leur résistance. Cela est si vrai, pour l'arcade crurale, en particulier, que souvent l'aiguille, après le passage du fil, laisse un orifice que ne comble pas totalement le fil laissé en place. On a la sensation, en tirant sur le fil, que l'arcade va céder. C'est pourquoi, il est indispensable de ne pas prendre que le bord inférieur de l'arcade mais, d'emblée, presque toute l'arcade. Alors on a véritablement une bandelette fibreuse sur laquelle on peut agir. Quand on serre le fil, la mise en tension de l'arcade n'entraîne pas fatalement la dilacération.

Ce sont des difficultés dont on doit tenir compte car, lorsqu'on serre les fils placés à travers ces divers plans fibreux et musculaires, on ne voit plus ce qui se passe dans la profondeur. Le plan musculaire formé par le tendon conjoint, une fois abaissé, masque l'anneau crural et on est en droit d'admettre qu'il peut paraître obturé hermétiquement alors qu'en réalité il ne l'est que partiellement.

La pose des fils dans l'épaisseur du ligament de Cooper est le temps opératoire le plus difficile. Sans doute, chez un sujet maigre, lorsque les écarteurs refoulent en haut le péritoine et le fascia transversalis,

en dehors la veine fémorale, mettant bien en évidence une branche horizontale du pubis doublée d'un solide plan ligamenteux, le passage des fils n'est qu'un jeu ; mais, en regard de ce fait, il faut inscrire ceux dans lesquels on est gêné en haut par la graisse sous-péritonéale exubérante, en dedans par une vessie sail-lante qu'il faut refouler. Dans ce cas, il n'est pas aisé de placer les fils profonds. Et ce temps opératoire est d'autant plus délicat que la courbure des aiguilles de Reverdin ne se prête pas du tout à cette manœuvre, qu'elles menacent en dedans le péritoine et l'accrochent, que, pour faire sortir le chas, il faut presser avec le talon de l'aiguille en soulevant la partie fibreuse sous-jacente. Et ce mouvement de bascule dans lequel l'aiguille fait levier, distend fortement le ligament de Cooper qu'on peut voir céder.

L'aide place difficilement le fil et quelquefois même il ne le place pas où il faut. La manœuvre doit être recommencée. Autant de traumatismes qui affaiblissent le ligament. L'aiguille de Doyen, qu'on passe enfilée et qui supprime le temps de la pose du fil a une courbure trop grande ; elle risque de blesser les organes dans la profondeur. La petite aiguille de Hagedorn, très courbe, convient bien à la manœuvre mais elle ne laisse pas passer un fil de catgut ou de soie de calibre suffisant.

Ces détails opératoires, qu'on ne mentionne pas dans les travaux théoriques sont autant d'ennuis avec lesquels il faut compter et qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix et dans l'application du procédé.

Ils peuvent allonger la durée de l'intervention, ce qui

n'est pas à dédaigner et, parfois, ces petites complications se doublent de petits accidents gênants : par exemple nous avons vu l'aiguille accrocher, par sa pointe, une de ces veines sur lesquelles nous avons insisté plus haut et entraîner un saignement veineux qui gêne fortement l'exécution de ce temps délicat. Il ne suffit pas d'écrire : « on passe deux ou trois fils dans le ligament de Cooper », il nous a paru qu'il fallait insister sur cette manœuvre et en montrer les multiples détails dont chacun peut avoir une importance réelle.

CHAPITRE VII

Indications et contre-indications du procédé.

Le seul fait d'avoir tenu à signaler par le menu les difficultés que peut présenter la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale prouve que nous ne voulons pas considérer cette voie comme la seule, celle que l'on doit employer dans tous les cas. Les indications nous en paraissent toutefois étendues. Une hernie crurale chez un sujet jeune est certainement justiciable de la voie inguinale. Il en est de même des hernies crurales irréductibles (épiplocèles crurales) et des hernies étranglées.

Est-ce à dire que toutes les hernies doivent être traitées par la voie inguinale? Nous ne le pensons pas; il est des contre-indications à cette opération.

Une malade fatiguée, chez laquelle l'état du cœur, des poumons et des reins ne permet pas d'opérer sous anesthésie générale ne saurait être justiciable que d'une opération rapidement conduite. Aussi bien n'opère-t-on ces malades que s'il existe une indication réelle : ce sont les hernies qui s'étranglent, ou les hernies irréductibles qui, de ce fait, ne sont plus justiciables du simple

bandage. Il faut intervenir sous anesthésie locale, aller aussi vite que possible à la hernie et lever l'obstacle. La cure radicale par voie crurale leur convient mieux. Certainement si l'anesthésie médullaire était plus employée on pourrait, sous rachi-anesthésie, (voir obs. XV) utiliser la voie inguinale mais si l'on ne peut y recourir, si l'on est contraint d'opérer sous anesthésie purement locale, alors il faut aller vite et abandonner la voie haute.

J'en dirai autant pour les sujets adipeux. Lorsque, pour gagner le canal inguinal, il faut traverser une épaisse couche graisseuse qui force à opérer dans la profondeur, lorsqu'on est en droit de penser que le tissu adipeux profond est également très développé et que sa présence rendra l'opération très délicate, il ne faut pas songer à la voie inguinale. Dans de tels cas, l'opération est dure et elle risque même d'être dangereuse. On ne voit pas bien les plans anatomiques, la veine n'apparaît pas nettement; bref, le temps de découverte du péritoine n'est pas aisé et le temps de réparation l'est encore moins.

Nous croyons la hernie étranglée justiciable de la voie haute et nous le croyons fermement. Le danger d'infection du péritoine par le liquide contenu dans le sac nous paraît illusoire. Rien de plus facile que de protéger la cavité péritonéale et d'éviter toute contamination et les cas que nous rapportons à la fin de ce travail en font foi. D'ailleurs, Dujarier partage cet avis : lui aussi a opéré un certain nombre de hernies étranglées par voie inguinale sans avoir jamais noté de ce fait le moindre ennui.

Il est toutefois une limite à cette indication, c'est le sphacèle de l'anse étranglée. Si l'on était appelé à intervenir pour une hernie qu'on soit en droit de penser contenir un intestin sphacélé, si la hernie étranglée était à un stade de gangrène herniaire avancée, il y aurait danger réel à passer par la voie haute. Mais, pourquoi insister sur ces faits? N'avons-nous pas dit que lorsque l'on intervient sans anesthésie générale la voie crurale nous paraît le plus indiquée. Et les cas de hernies sphacelées avec atteinte grave de l'état général nous paraissent bien rentrer dans cette classe. Toutefois, il importe de se souvenir de la rapidité d'évolution de certains pincements latéraux, et, quand on peut craindre pour l'étude des symptômes, un cas de cette nature, sans aller jusqu'à conseiller d'abandonner la voie inguinale, nous croyons bon d'insister sur la nécessité de protéger avec le plus grand soin la cavité péritonéale, au moment où l'anse est libérée.

Il y a plus; il faut savoir qu'il peut n'être pas aisé de finir l'opération par la voie haute, soit que, chez une personne adipeuse, on se soit laissé aller à prendre la voie inguinale, soit qu'on se trouve en présence d'une arcade crurale trop éloignée du ligament de Cooper pour qu'on puisse songer à les unir sans crainte de les voir se déchirer. Et cette difficulté est au maximum quand l'arcade, faiblement développée, s'est laissé dilacérer par l'aiguille, quand le ligament de Cooper est lui-même faible, que l'aiguille rencontre tout de suite l'os et ne charge qu'une mince bande de tissu fibreux. Dans ces cas, pourquoi s'entêter? La réparation est presque impos-

sible ou, si elle semble effectuée, elle a beaucoup de chance, du fait de la faiblesse des tissus, d'être plus apparente que réelle. Aussi croyons-nous que, dans de tels cas, il est beaucoup plus simple d'abaisser la lèvre inférieure de l'incision cutanée à l'aide d'un ou deux bons écarteurs, de mettre en évidence la région crurale et de terminer par une fermeture de l'anneau crural par le procédé éminemment simple de Berger.

Voici une observation qui vient à l'appui de cette thèse.

Observation VI. — Hernie crurale droite étranglée. Cure radicale par voie inguinale. Fermeture de l'anneau impossible. Guérison. — Hernie crurale droite étranglée le matin à 8 heures que M. Desmarest, chirurgien de garde, voit et opère vers 10 heures du soir à l'hôpital Tenon.

La malade entre le 19 novembre 1911 avec tous les signes d'une hernie crurale étranglée. Elle présente dans la région crurale une tumeur douloureuse, irréductible, du volume d'un gros œuf de poule.

Incision inguinale et ouverture du trajet inguinal. L'ouverture de l'infundibulum péritonéal conduit sur une anse d'intestin grêle qui s'engage dans l'anneau crural. C'est en vain qu'on essaye, au doigt, de lever l'agent d'étranglement ; l'anneau est trop étroit et on est contraint d'inciser légèrement le ligament de Gimbernat. On attire alors une anse grêle longue de 8 à 10 centimètres environ, très congestionnée. On la lave à l'eau chaude et on la réduit. Le sac est attiré dans la région inguinale, on le lie et on l'enlève. Le temps de réparation est des plus difficiles. L'anneau est très large, la lèvre inférieure de l'arcade ne peut pas être abaissée jusqu'à la branche horizontale du pubis, très profonde. De plus, tout ce temps est rendu pénible parce que la malade, mal

endormie, pousse sans cesse. On essaye vainement d'amener le tendon conjoint jusqu'au ligament de Cooper. Dans ces conditions, on renonce à la cure radicale en se basant sur les résultats de Vallas qui semble avoir obtenu la guérison de la hernie crurale simplement en détruisant l'infundibulum. On fait un Bassini pour ne pas affaiblir la région inguinale mais on laisse l'anneau crural ouvert.

Il est certain que, dans un cas de ce genre, il est préférable de ne pas persister à vouloir absolument fermer, par voie haute, l'anneau crural. Tout s'opposait à la bonne conduite de l'opération : et les dispositions anatomiques locales et la malade qui dormait mal et poussait à tout instant. Ce fut une faute que de ne pas aller délibérément à la région crurale et de ne pas fermer simplement l'anneau en unissant l'arcade au pectiné. M. Desmarest fut conduit à cette technique par son désir de contrôler les dires de MM. Vallas et Perrin. Malheureusement, nous n'avons pas pu retrouver la malade et il nous est impossible de donner le résultat éloigné de cette intervention qui date déjà de 15 mois.

En résumé, chez les individus adipeux ou chez ceux trop faibles pour supporter une anesthésie générale, il faut laisser de côté la voie inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale. Pour que cette voie donne les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il ne faut la pratiquer que lorsqu'elle peut être exécutée simplement et facilement et si, dans un cas, nous nous trouvions dans des conditions semblables à celles que nous venons de relater dans l'observation ci-dessus rapportée, sans hésiter, nous terminerions l'opération par voie crurale.

CHAPITRE VIII

Résultats.

On est en droit de nous demander quels sont les résultats sur lesquels nous appuyons nos conclusions en faveur de la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Et malheureusement, beaucoup d'observations sont muettes sur ce point. La voie inguinale, d'exécution plus délicate, ne paraît pas avoir acquis beaucoup d'adeptes. Peut-être l'a-t-on essayée et, se heurtant aux quelques difficultés qu'elle présente, l'a-t-on un peu vite abandonnée. Comme pour beaucoup d'opérations, il faut se faire à cette technique opératoire. C'est une méthode qu'il faut avoir en mains : « Si je m'étais laissé arrêter par les premières difficultés que j'ai rencontrées, nous disait M. Desmarest je n'aurais pas pu parvenir à posséder cette technique, car aujourd'hui, la cure radicale par voie inguinale me paraît, dans le plus grand nombre des cas, aussi facile à exécuter que la cure radicale par voie crurale... »

Mais les résultats de ceux qui ont persévéré l'emportent-ils sur les résultats obtenus par les adeptes de la

voie crurale? Voilà la question, je dirai presque impossible à résoudre pour deux raisons :

D'abord parce qu'il est difficile de retrouver les malades opérés. Quand la hernie récidive, ils vont bien souvent dans l'hôpital le plus proche, n'y trouvent plus le chirurgien qui les a opérés et se confient à un autre chirurgien qui bientôt, à son tour, les perd de vue. Je n'en veux pour preuve qu'une observation toute récente qu'a bien voulu me confier M. Desmarest.

Observation VII. — *Hernie crurale gauche, opérée deux fois sans succès. Cure radicale par voie inguinale. Guérison opératoire.* — Femme âgée de 30 ans, opérée d'urgence il y a deux ans pour une hernie crurale étranglée à l'hôpital Saint-Antoine où il semble bien qu'on lui ait pratiqué une opération très simple dont on trouve la trace sous forme d'une incision verticale longue de 7 à 8 centimètres. Elle sortit guérie dans les délais normaux, mais, peu de temps après, la hernie récidivait. Elle entra alors à l'hôpital Saint-Joseph où elle fut opérée à nouveau par un procédé différent, dont la trace apparente est une cicatrice horizontale répondant à l'arcade. Ici, les choses se passent moins simplement; la malade rentre chez elle vingt jours après mais souffre de sa cicatrice et son médecin doit l'inciser pour ouvrir un abcès et enlever des fils profonds. Récidive rapide.

Elle entre le 4 février 1913 à la fondation Chaptal et M. le Docteur Gosset la confie à son assistant M. Desmarest. Chez cette malade, toute la région inguino-crurale est soulevée au moment de la toux et des efforts. Il semble que, dans les efforts de toux, l'intestin s'engage sous l'arcade. Bref, il y a là une faiblesse de toute la région qui commande une intervention. Elle est pratiquée le 5 février dernier par M. Desmarest.

Incision inguinale, ouverture du canal inguinal dont la paroi antérieure paraît intact (ce qui semble prouver que la seconde intervention n'a pas été pratiquée par voie inguinale). L'aponévrose incisée, on tombe sur un plan musculaire qui semble être le tendon conjoint uni à la face profonde de l'arcade. On le détache, mais il reste un bourrelet musculaire qui demeure adhérent au ligament de Gimbernath. On arrive aisément sur une bulle péritonéale très mince qui fait directement saillie dans la paroi postérieure du trajet inguinal. Il semble qu'il n'y ait plus trace de fascia transversalis. On ouvre le péritoine et on le décolle pour libérer le sac. Il est impossible de reconnaître l'existence du sac crural mais quand on introduit une pince sous l'arcade, elle pénètre dans la région crurale à travers l'anneau libre au moins en dehors. Il semble y avoir une sorte de sac extrêmement lâche surtout inguinal qui, au moment de la toux, s'engageait sous la poussée intestinale, dans l'anneau crural et dans la région crurale. Le sac est fermé par un surjet péritonéal. Le temps de réparation est rendu difficile par ce fait que du côté interne, il reste un anneau fermé par un tissu cicatriciel et qu'en dehors ce même tissu existe mais gêne, parce qu'il masque la veine fémorale dont on ne peut trouver le bord interne. On arrive cependant à mettre à nu le ligament de Cooper et à passer deux fils de soie n° 4 dans son épaisseur, le fil externe paraissant être placé juste au contact de la veine fémorale. Puis, ces fils sont conduits à travers l'arcade doublée du bourrelet musculaire dont nous avons parlé et à travers le tendon conjoint. Ces deux points ferment solidement l'anneau, quelques soies sur la paroi antérieure et, la solidarissant avec le plan profond, soie sur la peau. Suites opératoires des plus simples.

Actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

Voilà donc une hernie opérée 3 fois et dont les deux premiers opérateurs ignorent la récurrence!! Comment, alors parler de statistique!!

D'ailleurs, les chiffres sont ici difficiles à apporter. Comme nous l'avons dit, la voie inguinale paraît avoir été peu utilisée et elle ne compte pas à son actif de nombreuses publications avec des résultats éloignés. Nous avons le travail de Dujarier basé sur 31 cas où nous lisons : « Au point de vue de la récurrence, j'ai revu la plupart de mes malades et n'ai jamais noté de récurrences. » Cependant, en regard de ce magnifique résultat d'ailleurs un peu imprécis, nous trouvons dans la thèse de Bresset 12 observations de cure radicale de hernie crurale par voie inguinale, avec une récurrence. 9 autres opérés sont restés parfaitement guéris sans la moindre pointe de hernie ni crurale ni inguinale, et Bressot ajoute : « Si les résultats de cette méthode sont bons, ils ne nous semblent pas supérieurs jusqu'ici à ceux obtenus par voie crurale. » Vraiment, il était injuste, sur 12 cas, de juger une méthode nouvelle d'une manière aussi rapide.

Nous voudrions prouver, aujourd'hui, que les résultats de la méthode de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale l'emportent sur ceux de la cure radicale par voie crurale. Nous n'avons pas le droit de le faire parce que les chiffres nous font défaut. Il serait facile de prendre les 31 cas de Dujarier, d'y joindre ceux de Vallas, les quelques cas publiés par Franke et par d'autres auteurs allemands et d'en déduire un pourcentage à notre sens inexact. Les cas ne sont pas les mêmes ; tous n'ont pas

été opérés de la même façon, la technique diffère essentiellement suivant les chirurgiens et rien n'est moins comparable que les chiffres fournis par des hommes différents. On peut même aller plus loin et dire que les statistiques varient avec l'habitude que l'on a du procédé opératoire.

Ce sont toutes ces raisons qui nous ont fait abandonner, *de parti pris*, l'idée que nous avions conçue d'apporter une statistique d'ensemble. Quand un chirurgien aura opéré un grand nombre de hernies crurales par voie inguinale, quand il pourra apporter des résultats éloignés, observés par lui, après un certain nombre d'années, alors le temps sera venu d'écrire ce chapitre que nous croyons devoir réserver.

CHAPITRE IX

Observations personnelles.

Observation VIII. — *Hernie crurale. Cure radicale par voie inguinale. Guérison.* — M... âgée de 38 ans, concierge, entre à la Charité le 12 septembre 1909 pour des maux d'estomac. Le 15, la malade est passée en chirurgie pour y être opérée d'une hernie crurale réductible.

Opération le 25 septembre : opérateur M. Desmarest.

Incision suivant le trajet inguinal. On décolle et on rejette en haut le tendon conjoint. Au-dessous, on aperçoit le bord inférieur de l'arcade. On incise le fascia transversalis et on est alors conduit sur le collet du sac ; on extériorise, de la région crurale vers la région inguinale, le sac et le lipôme pré-sacculaire ; le sac paraît rempli de liquide. En effet à l'ouverture du sac il s'échappe un peu de liquide séreux. Le sac est épais. On le ferme par un point en bourse en n'en réséquant qu'une petite partie parce que, *en dedans, la traction sur le péritoine entraîne la vessie* qu'il faut absolument ménager. Le doigt explore le bord supérieur du pubis et l'aiguille courbe saisit les tissus fibreux sus-pubiens et le bord inférieur de l'arcade pour les unir et fermer l'anneau par deux points. En dehors du 2^e point, on voit nettement la grosse veine fémorale. Par dessus, on abaisse le tendon conjoint que l'on unit au bord inférieur de l'arcade par deux

points de catgut pour renforcer la paroi postérieure du canal inguinal.

Au-dessus, un surjet sur l'aponévrose du grand oblique, quelques ligatures. Surjet à la soie sur la peau.

Suites opératoires normales. — La malade quitte l'hôpital le 20^e jour, complètement guérie.

Observation IX. — *Hernie crurale gauche irréductible. Cure radicale par voie inguinale. Guérison.* — F. V... entre à la Charité le 22 septembre 1911, souffrant d'une tuméfaction au niveau de l'aîne du côté gauche, tuméfaction irréductible, de la grosseur d'une noix, rénitente, mate à la percussion.

Diagnostic : Epiplocèle crurale irréductible.

Elle est opérée le 24 septembre par M. Desmarest.

Incision parallèle à l'arcade crurale, ouverture du canal inguinal. L'incision du fascia transversalis conduit sur le péritoine qui est ouvert. On reconnaît l'épiploon qui pénètre dans le sac et y adhère.

Section de l'épiploon au-dessus du collet, ligature au catgut; on cherche à attirer le sac, mais sans succès. Incision verticale descendant dans le trajet crural. Le sac est ouvert; il contient un liquide séreux, très abondant, ce qui explique l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé d'amener ce sac. On l'extirpe par voie crurale.

Trois points de catgut, unissant le ligament de Gimbernat et le ligament de Cooper, au bord inférieur de l'arcade crurale doublée de la bandelette ilio-pubienne. Puis on abaisse le tendon conjoint. On le fixe par deux points à la face profonde de l'arcade crurale.

Suture de l'aponévrose du grand oblique au catgut sous sur la peau.

Suites opératoires normales. Ablation des fils le 7^e jour. La malade quitte l'hôpital le 21^e jour opératoirement guérie.

Observation X. — *Hernie crurale étranglée. Cure radicale par voie inguinale. Phlébite de la saphène interne. Guérison.* — B... B... 68 ans, entre à l'hôpital Necker le 12 novembre 1911 pour hernie crurale étranglée.

Il est opéré d'urgence par M. Desmarest.

Incision inguinale. Ouverture du canal ; on arrive sur le péritoine qui est ouvert au-dessus du collet du sac ; au doigt, on écarte l'anneau fibreux, agent d'étranglement. Du liquide s'écoule en abondance qui est épongé. Une anse intestinale est attirée dans la plaie et il est facile de la saisir et de l'examiner. L'aspect est congestionné, mais ne présente aucune lésion importante. On le réduit, puis on ferme la brèche péritonéale par un point de bourse.

Réséction du sac. Réparation difficile : l'aiguille, qui saisit le bord inférieur de l'arcade, n'arrive pas à saisir, sur le pubis, du tissu fibreux assez résistant pour fermer l'anneau.

Avec difficulté, on arrive à poser deux points de catgut n° 2 et l'anneau est bien fermé en dedans ; il reste un tout petit orifice en dehors contre la vessie.

On abaisse le tendon conjoint et on le fixe à l'arcade. Réfection de la paroi antérieure du canal inguinal. Crins sur la peau.

Les suites opératoires normales localement furent traversées par une poussée de phlébite de la saphène interne suivie de guérison.

Observation XI. — *Hernie crurale gauche. Cure radicale par voie inguinale. Guérison.* — A... M... 35 ans, ménagère entre à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre 1911 se plaignant d'une tuméfaction douloureuse dans l'aîne gauche.

Réglée à 14 ans. Règles normales mais peu abondantes. Pas de constipation. Cette malade a eu deux enfants âgés maintenant de 8 et 7 ans. Le premier accouchement a nécessité une application de forcep, le deuxième fut normal. Légères pertes blanches.

Il y a quatre ans, à la suite d'un effort, la malade perçut une boule dans la région crurale gauche. Hernie crurale réductible.

Opérée le 1^{er} décembre 1911. (Opérateur : M. Desmarest).

Incision inguinale ; on ouvre la paroi antérieure du canal. On recherche le bord inférieur de l'arcade et. au niveau de ce bord inférieur, en dissociant le fascia transversalis, on arrive aisément sur une masse graisseuse au centre de laquelle existe un sac large sans contenu adhérent et sans contenu vrai. Ce sac est disséqué, puis fermé aussi haut que possible au catgut n° 4.

Puis on resèque la partie haute du lipôme dont la partie inférieure occupe encore le canal crural. Cette portion est attirée et ligaturée. Une ligature est placée sur une veine épigastrique bordant en dehors le champ opératoire et alors, on voit très nettement en dedans le ligament de Cooper et en dehors une très grosse veine fémorale qui fait saillie. L'anneau crural admet à peu près l'extrémité de l'index. Un écarteur est placé sur la veine fémorale. On unit par deux points au catgut passés à travers l'arcade on passe à travers le ligament de Cooper qui est très net, épaissi, de bonne qualité. Ces deux points, obliques en bas et en dedans, ferment complètement l'anneau crural. On décolle alors le tendon conjoint qui s'abaisse avec la plus extrême facilité et, par deux points, on le fixe à l'arcade crurale : ces points ne tirent aucunement. Un surjet de catgut sur la paroi antérieure du canal inguinal. (On n'a pas vu le ligament rond); soies sur la peau.

Cette malade sort le 19 décembre 1911 en parfait état,

Examinée le 8 février 1913, plus d'un an après l'opération elle ne présente plus trace de hernie bien que, ménagère, elle fasse, nous dit-elle, des travaux assez pénibles.

Observation XII. — Hernie crurale étranglée. Cure radicale par voie inguinale sous anesthésie locale. Sphacèle de

la paroi. Sphacèle de l'anse intestinale. Mort. — C... P., âgée de 67 ans, entre à l'hôpital Broussais le 7 mars 1912, souffrant d'une hernie crurale étranglée.

Cette hernie, datant de 30 ans, atteint le volume d'une grosse andouillette, parallèle à l'arcade, d'une longueur de 22 centimètres. L'étranglement se produit à 6 heures du soir et la malade est opérée à 11 heures par M. Desmarest.

Anesthésie locale à la novocaïne. Incision sur le trajet inguinal parallèle à l'arcade. On arrive sur la paroi antérieure qu'on divise. On récline le ligament rond et le bord inférieur du petit oblique et du transverse. On divise le fascia transversalis épaissi. On arrive sur l'infundibulum herniaire; on ouvre le péritoine. En dedans, se trouve la vessie.

On essaie d'élargir l'orifice herniaire extrêmement serré. Ne pouvant y parvenir, on abaisse la lèvre inférieure de l'incision et on ouvre le sac par la voie crurale. Il contient de l'épiploon et une anse noire.

On revient à la région inguinale parce qu'il est impossible de libérer en bas. On luxe l'épiploon, on le sectionne et on le rentre après ligature. La réduction de l'anse est impossible. On est obligé de distendre l'anneau en forçant et brusquement le ligament de Gimbernat vient à céder. Il est alors facile d'extérioriser environ 15 centimètres d'anse intestinale ecchymotique, noirâtre avec un mésentère *infiltré, ecchymotique, œdémateux*. Epreuve de l'eau chaude. L'anse paraît revenir. Au niveau des sillons d'étranglement, pas d'aspect sphacélique. On rentre l'anse et l'épiploon. On enlève le sac et l'épiploon contenu. Fermeture du large infundibulum péritonéal par un surjet de catgut.

Réfection de la paroi par quatre catguts qui unissent, l'un interne le ligament de Cooper au bord inférieur du petit oblique et du transverse et au bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique, et les trois autres (externes) à l'arcade crurale détachée. Il en résulte un plan solide. En dehors, deux points de catgut sur l'aponévrose du grand oblique. Crins sur la peau.

Suites opératoires. — Premier gaz, 24 heures après l'intervention. Première selle spontanée, avec diarrhée, 36 heures après.

Purgation le 4^e jour après l'intervention.

Ablation des fils, léger sphacèle de la paroi au 10^e jour.

Aux divers pansements, pendant 3 ou 4 jours, élimination d'un certain nombre de fils de catgut non résorbés avec tissu sphacélé.

On touche chaque jour le trajet à la teinture d'iode. Il bourgeonne, la suppuration diminue beaucoup, l'état local paraît aussi bon que possible.

Cependant, la malade, qui urine et va à la selle, fait des escharres fessières. Il y a aussi une escharre dans la région de l'omoplate droite. Le poumon droit est légèrement congestionné. On pose des ventouses le 22 mars.

Le 24 mars, au pansement, on remarque, par le trajet, un léger suintement brunâtre ayant une forte odeur de matières fécales. L'état général reste le même.

Le 25 au matin la malade est hémiplégiée, paralysée du côté droit, ne pouvant plus parler.

Le 26, élimination, par la plaie, d'au moins dix centimètres d'intestin sphacélé. Cet intestin s'élimine spontanément, presque sans tirer. A la suite, sort par la plaie une grande quantité de matières fécales liquides.

Le ventre est très légèrement ballonné. Le poulx bat 80 fois par minute, très irrégulièrement. La malade ne va plus à la selle par l'anus depuis la veille au matin (25 mars).

Le 27 mars, l'état général se maintient. Toutes les matières fécales s'éliminent par la plaie : on est obligé de changer le pansement plusieurs fois dans la journée. Poulx à 100, très irrégulier.

Décès le 28 mars à 9 h. 45 du matin. Pas d'autopsie.

« Cette observation fort intéressante, par les accidents généraux et locaux que suivirent l'acte opératoire est fort

incomplète. Il eut été intéressant de savoir si les urines contenaient du sucre. Le sphacèle d'une anse intestinale qui m'a été signalé par l'externe de M. Auvray auquel je dois cette observation paraît dû aux lésions mésentériques.

J'ai eu tort de passer par la voie haute, mais je crois qu'opérée par voie basse, la malade n'eût pas eu des suites opératoires plus favorables. »

DESMAREST.

Observation XIII. — *Hernie crurale droite. Cure radicale par voie inguinale. Blessure de la vessie. Suture. Guérison.* — F. M..., 28 ans, buandière entre à l'hôpital d'Ivry le 15 mai 1912.

Cette malade a été amenée dans le service parce qu'elle vient de ressentir brusquement, au moment où elle soulevait une pile de linge, une douleur siégeant dans l'aîne droite.

L'étranglement datait de deux heures au moment de l'opération. La malade ne s'était jamais aperçue de l'existence de sa hernie.

Opération le 15 mai 1912. (Docteur Desmarest).

Incision parallèle à l'arcade crurale. Ouverture de la paroi antérieure très bas, très près. On soulève le petit oblique et le transverse et, dans le fascia sous péritonéal on cherche l'infundibulum du sac qu'on ne trouve pas. Il semble qu'il y ait là un péritoine un peu épais. On agrandit l'orifice crural par un petit coup de pointe sur le ligament de Gimbernat. On amène une petite masse grasseuse qui conduit à ce qu'on croit être le sac et qui est la vessie. En croyant ouvrir le sac, on ouvre la vessie. Elle est aussitôt fermée par un surjet de catgut prenant toutes les tuniques et par un surjet d'enfouissement. Par dessus on fixe à nouveau la gaine prévésicale protectrice. On la réduit, *il n'y a pas de sac*. Trois fils de soie fixent le ligament de Cooper l'arcade crurale et le bord inférieur du petit oblique et du transverse.

Quatre fils de soie sur l'aponévrose du grand oblique.

Soies n° 0 sur la peau.

15 mai au soir. — On sonde la malade pour éviter la distension vésicale. Un peu de sang dans l'urine.

16 mai. — Sondée matin et soir; un peu de sang.

17 mai. — Sondée matin et soir.

18 mai. — Urine spontanément.

19 mai. — Cystite légère, urotropine.

22 mai. — Cystite persiste : lavages vésicaux au nitrate.

9 juin. — Sort guérie.

Observation XIV. — *Hernie crurale étranglée chez une femme de 72 ans. Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Myocardite. Mort.* P... C..., 72 ans entre à l'hôpital Broussais le 28 mai 1912, atteinte de hernie crurale étranglée.

La malade n'avait jamais constaté de hernie; le 26 mai, elle commença à avoir des vomissements; un médecin appelé constate la présence d'une hernie.

Le 27, les vomissements persistent, très abondants.

Le 28, la malade entre à l'hôpital à 3 h. 1/2 et, à 4 h. 1/2, elle est opérée par M. Desmarest. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi. Le poulx est irrégulier et on constate des signes de myocardite.

Opération par voie inguinale. On éprouve une certaine difficulté pour débrider l'anneau d'étranglement. On constate la présence d'un lipôme pré-herniaire noirâtre, cyano-tique. Le sac est ouvert, contenant une petite quantité de liquide.

L'anse, légèrement violacée, est réduite. Fermeture du sac, fermeture de l'anneau. Réparation de la paroi inguinale.

Cette malade meurt le 17 juin de myocardite ayant entraîné de la congestion pulmonaire. *La plaie était cicatrisée.*

Observation XV. — *Hernie crurale droite irréductible. Cure radicale par voie inguinale. Anesthésie achidienne. Guérison.* — C... J... H... 45 ans, coiffeur. Entre à l'Hôpital

d'Ivry le 9 janvier 1913 pour une tuméfaction crurale droite irréductible. Cette tuméfaction qui apparut il y a quelques mois, rentrait et sortait de temps en temps. Vers le 1^{er} janvier, à la suite de fatigues et au cours d'une bronchite la tuméfaction devient irréductible et douloureuse nécessitant de fréquents séjours au lit.

Pas de vomissements; il s'agit d'une épiplocèle crurale droite étranglée. Rien du côté du tube digestif.

Antécédents personnels. — Sinusite frontale droite il y a un an. Bronchite vers le 1^{er} janvier, toussé encore actuellement. Pas d'habitudes d'intempérance.

Respiration un peu soufflante aux deux bases. Cœur en bon état. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Opération le 10 janvier 1913 par M. le Dr Desmarest.

Anesthésie rachidienne à la stovaïne Billon à 10 pour 100 7 centigrammes.

Incision inguinale assez près de l'arcade. Ouverture du canal inguinal. Section du fascia transversalis. Ouverture du péritoine assez haut. Puis, deux écarteurs étant placés dans le ventre, on cherche mais en vain le cæcum; on ne trouve absolument que de l'intestin grêle, malgré la position incliné en avant.

On va au pédicule épiploïque qu'on libère sur le doigt. On le sectionne entre deux pinces. L'épiploon est réséqué et le moignon rentré dans le ventre.

On place trois points prenant le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique, le ligament de Cooper et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Le sac est disséqué et enlevé par voie crurale. Comme la partie externe de l'orifice crural, paraît insuffisamment fermée, on place deux fils prenant le pectiné sur la branche horizontale d'une part et toute la paroi antérieure d'autre part. Soies sur la peau.

Le 11 janvier. — Rétention d'urine; on doit sonder le malade.

Pendant quelques jours, congestion pulmonaire légère et diarrhée.

Le 21 janvier. — Ablation des fils.

Le 30 janvier. — Sort guéri.

Observation XVI. — *Hernie crurale droite réductible. Cure radicale par voie inguinale. Suites opératoires normales.* — J. R... âgée de 53 ans, entre à l'hôpital d'Ivry, le 5 février 1913. Elle est depuis dix ans, atteinte de hernie crurale droite. Cette malade portait un bandage insuffisant, aussi la hernie devint douloureuse et une intervention fut réclamée.

Les antécédents sont bons, pas de crises appendiculaires antérieures.

L'opération est pratiquée le 13 février par M. Desmarest. Incision inguinale droite. Le tendon conjoint étant soulevé on voit le pédicule de la hernie et, avec la plus grande facilité, on extériorise un sac herniaire du volume d'une noix.

On ouvre ce sac qui est vide, et, sur son bord interne, fait saillie la vessie. Le péritoine est décollé aussi haut que possible et fermé. Trois fils sont placés qui unissent le ligament de Cooper, très faible et se laissant décoller par les points externes, au bord inférieur de l'arcade prise largement et au tendon conjoint lui-même peu développé.

Sur la paroi antérieure, 4 points de suture à la soie n° 1 sont placés. Quelques veines qui saignent sont liées et la peau suturée à la soie.

Les suites opératoires sont bonnes mais la malade opérée depuis dix jours n'a pas encore quitté l'hôpital à l'heure où nous écrivons.

CONCLUSIONS

I. — La cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale comporte les temps suivants :

1° Incision parallèle à l'arcade crurale à quelques millimètres au-dessus d'elle. Ouverture du canal inguinal.

2° Ouverture de l'infundibulum péritonéal permettant de traiter, comme il convient, le contenu du sac. Fermeture du sac.

3° Libération du sac au niveau de la racine de la cuisse, dans le canal crural d'où il est extirpé avec la plus grande facilité, sans qu'il soit nécessaire de le faire remonter dans la plaie inguinale. La luxation du sac vers le haut ne sera tentée que si le sac est petit et l'anneau crural assez large pour lui donner facilement passage.

4° Fermeture de l'orifice profond du canal crural à l'aide de deux ou trois fils (fils de soie, de préférence) passés à travers le ligament de Cooper, puis à travers la face interne de l'arcade crurale et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Les fils serrés, la fermeture de l'orifice doit être hermétique.

5° Réfection de la paroi antérieure du canal inguinal et suture des plans superficiels.

II. — La voie inguinale reconnaît les avantages suivants :

1° La possibilité de traiter facilement le contenu du sac dans les cas de hernies étranglées ou irréductibles.

2° La possibilité de détruire l'infundibulum péritonéal sus-jacent au collet du sac.

3° La fermeture hermétique de l'anneau crural.

4° La possibilité, dans les hernies droites de pratiquer une appendicectomie complémentaire.

III. — La cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale est plus délicate à exécuter. L'opération peut être compliquée par la présence de veines profondes qui cheminent dans le fascia transversalis, par la présence, sur la face interne du sac, de la vessie qu'il faut éviter de blesser, par la difficulté de placer les fils dans le ligament de Cooper lorsqu'il est peu développé ou lorsque, très profond, il est difficilement accessible.

IV. — Les contre-indications opératoires tiennent :

1° A l'état général du sujet : aussi, chez certains individus pour lesquels on ne peut songer à l'anesthésie générale, faut-il préférer la voie crurale à la voie inguinale.

2° A l'état local : si le sujet est très adipeux, il faut rejeter la voie inguinale; de même si, au cours de l'opération, on s'aperçoit que la profondeur du ligament de Cooper le rend difficilement accessible. Il faut la rejeter aussi, si le développement du ligament n'est pas apte à assurer une fermeture suffisante de l'anneau

crural; il faut, alors, achever l'opération par voie basse. Sauf dans ces cas, la voie inguinale nous paraît devoir être préférée à la voie crurale.

V. — La voie inguinale doit être recommandée dans toutes les hernies crurales réductibles, irréductibles et étranglées — sauf les réserves faites plus haut — et particulièrement dans toutes les hernies crurales droites.

Vu :	Vu :
Le Doyen,	Le Président de la Thèse,
LANDOUZY.	LEJARS

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Historique	7
CHAPITRE II. — Cure radicale par voie inguinale	10
CHAPITRE III. — Cureradicale par voie crurale.	17
CHAPITRE IV. — Technique de la cure radicale par voie inguinale	19
CHAPITRE V. — Avantages du procédé.	31
CHAPITRE VI. — Difficultés du procédé.	42
CHAPITRE VII. — Indications et contre-indications du pro- cédé	54
CHAPITRE VIII. — Résultats.	59
CHAPITRE IX. — Observations personnelles.	64
CONCLUSIONS.	75

